وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعـة الجـزائـر 2
كليـة العلـوم الإنسانيـة والإجتماعيـة
قسـم علـم الإجتمـاع
تخصص ديموغرافيا

أطروحة دكتوراه

تحت عنوان

مقاربة سوسيولوجية لإنتشار الأمراض المزمنة في المجتمع الجزائري

دراسة ميدانية لعينة مـن المرضى المصابين بالضغـط الدموي، داء السكري وأمراض القلب بمستشفى مصطفى باشا مصلحتي أمراض القلب والسكري

إعداد الطالب :
محمـد طـويل

إشراف الأستاذ :
مصطفـى بوتفنـوشت

السنـة الجامعيـة2011 - 2012

تشكر وتقدير

أحمد الله عز وجل وأشكره على كل نعمة وهبني إياها .

كما أتقدم بالشكر الجزيل إلى الأستاذ المشرف الفاضل الدكتور "مصطفى بوتفنوشت" الذي لم يبخل علي بنصائحه و بتوجيهاته القيمة .

ولا يفوتني أن أشكر بإخلاص كافة أساتذة قسم علم الإجتماع الذين إستفدت منهم طيلة سنوات دراستي الجامعية، وأخص بالذكر كل الأساتذة الأفاضل في تخصص ديموغرافيا ،

وكذلك أتقدم بالشكر إلى رؤساء وأطباء وعمال مصلحتي أمراض القلب والسكري بمستشفى مصطفى باشا وكافة المبحوثين من المرضى المصابين بمرض الضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب، وكل من ساعدني على إنجاز وإتمام هذه الدراسة من قريب أو من بعيد.

إهـــــداء

قال تعالى :« وَقُلْ رَبِّ ارْحَمْهُمَا كَمَا رَبَّيَانِي صَغِيرًا »

إلى الوالــدين العزيزين .

إلى الــزوجــة الكريمة .

إلى إخوتي و أخواتي كل بإسمه، وإلى كل الأهل والأقارب .

كما أتقدم بالإهداء إلى كل الذين قضيت معهم مشوار دراستي

وخاصة الجامعية منها.

كما لا أنسى جميع الأصدقاء والأحباب من قريب أومن بعيد

والذين هم في ذاكرتي ولم تتسع لهم أطروحتي

إليكم جميعا وإلى كل طالب علم أهدي ثمرة عملي.

محـمـــد طـــويـل

الفـــهـــرس

الموضـــــوع **الصفحـــة**

مقدمة..... أ،ب،ت،ث،ج

البـــاب الأول: الدراســـة النظريـــــة

الفصل الأول: المقاربة المنهجية للدراسة

المطلب الأول : أسباب وأهداف إختيار الموضوع..... 08

المطلب الثاني : الإشكالـــــية والفرضيـــــات..... 10

المطلب الثالث : تحديد المفاهيم والمصطلحـــات..... 15

المطلب الرابع : تحديـــد مجتمـــــع البحـــث..... 22

المطلب الخامس: منهـــــج الدراســـــــة..... 25

المطلب السادس : تقنيات جمع البيانات وتحليلها 27

المطلب السابع : الدراسات السابقة لموضوع الدراسة..... 32

الفصل الثاني: التغير الإجتماعي ومراحل الإنتقال الوبائي نحو الأمراض المزمنة.

تمهيد : 39

المبحث الأول: التغير الإجتماعي ومظهره العام المرتبط بإنتشار الأمراض المزمنة..... 40

المطلب الأول:مفهـــوم التغيـــر الإجتماعـــي وعواملـــه..... 40

المطلب الثاني: التغير في نمط الحياة كمظهر عام للتغير الإجتماعي وإنتشار الأمراض المزمنة..... 44

المبحث الثاني: مراحل الإنتقال الوبائي نحو الأمراض العصرية المزمنة..... 51

المطلب الأول: دراسة الإنتقال الوبائي في نطـــاق البعـــد الاجتماعـــي..... 51

المطلب الثاني: أهم مراحل الإنتقال الوبائي نحو الأمراض العصرية المزمنة..... 55

المبحث الثالث : نوعية الأمراض المزمنة الأكثر إنتشارا في المجتمعات..... 61

المطلب الأول : مرض الضغط الدموي ومدى إنتشاره في المجتمعات 62

المطلب الثاني : داء السكـــري إبدميولوجيـــا في المجـــتمعـــات..... 69

المطلب الثالث : أمراض القلب ومستوى الإصابه والوفاة بها في المجتمعات..... 79

خلاصة : 92

الفصل الثالث : عوامل وإنعكاسات إنتشار الأمراض المزمنة في المجتمعات

تمهيد: 94

المبحث الأول :أهم عوامل إنتشار الأمراض المزمنة في المجتمعات..... 95

المطلب الأول : الوراثة ودورها في الإصابة بالأمراض المزمنة 95

المطلب الثاني : التحضر والعصرنة وإنتشار الأمراض المزمنة 98

المطلب الثالث: التغير في نمط التغذية وتأثيره على إنتشار الأمراض المزمنة..... 106

المطلب الرابع: السمنة وعلاقتها بإنتشار الأمـــراض المزمنة..... 111

المطلب الخامس: أثر تدني مستوى الوعي الصحي على إنتشار الأمراض المزمنة..... 125

المطلب السادس: المستوى المعيشي ودوره في إنتشـــار الأمـــراض المزمنـــة..... 129

المطلب السابع: الضغوطات الإجتماعية والنفسية وتأثيراتها في الأمراض المزمنة 133

المطلب الثامن : عوامل أخرى متفرقة ومتسببة في الإصابة بالأمـــراض المزمنة 136

المبحث الثاني :إنعكاسات الأمراض المزمنة على الفرد المريض والأسرة والمجتمع..... 146

المطلب الأول : إنعكاسات المرض المزمن على الفرد المريض..... 146

المطلب الثاني : مـــدى تأثـــر الأســـرة بالمـــرض المزمـــن..... 150

المطلب الثالث : أعبـــاء المـــرض المزمـــن على المجتمـــــع..... 152

المطلب الرابع : إستراتيجية منظمة الصحة العالمية في مكافحة الأمراض المزمنة في المجتمعات..... 154

خلاصة : 159

الفصل الرابع: ظاهرة إنتشار الأمراض المزمنة في المجتمع الجزائري

تمهيد : 161

المبحث الأول :نبذة تاريخية عن الإنتقال نحو الأمراض المزمنة في المجتمع الجزائري..... 162

المطلب الأول : الوضع الصحي منذ العهد العثماني في المجتمع الجزائري 162

- خـــلال العهـــد العثمـــــاني..... 162
- قبـــل وأثنـــــاء ثورة التـــــحرير..... 165
- مـــا بعـــد الإستقـــــــلال 173

المطلب الثاني : واقع الأمراض المزمنة حديثا في المجتمع الجزائري..... 181

المبحث الثاني :أهم الأمراض المزمنة المنتشرة في المجتمع الجزائري..... 193

المطلب الأول : نوعية الأمراض المزمنة الشائعة عموما..... 193

المطلب الثاني : مرض الضغط الدموي ومستوى المعاناة منه في المجتمع الجزائري 198

المطلب الثالث : الوضعية الإبدميولوجية لداء السكري في المجتمع الجزائري 207

المطلب الرابع : مستويات الإصابة بأمراض القلب في المجتمع الجزائري 212
المطلب الخامس: السياسة الوطنية لمكافحة الأمراض المزمنة في المجتمع الجزائري..... 217
خلاصة : 226

الباب الثاني : الدراسة الميدانية

الفصل الخامس : التعريـــف بالميدان

تمهيد 229
المبحث الأول :تعريـــف بميدان الدراســـة 230
المطلب الأول : مستشفى مصطفى باشا كتنظيم إجتماعي 230
المطلب الثاني : التعريـــف بمستشـــفى مصطـــفى باشـــا..... 234
المطلب الثالث : التعريف بمصلحتي أمراض القلب والسكري بمستشفى مصطفى باشا 236
المبحث الثاني :التعريـــف بخصائـــص العينـــة..... 238
المطلب الأول : توزيع أفراد العينـــة حســـب الجنـــس 238
المطلب الثاني : توزيع أفراد العينـــة حســـب الســـن 240
المطلب الثالث : توزيع أفراد العينة حسب منطقة الإقامة 242
المطلب الرابع : توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي 244
المطلب الخامس : توزيع أفراد العينة حسب الحالة العائلية 245
المطلب السادس : توزيع أفراد العينة حسب الحالة المهنية..... 247
المطلب السابع : توزيع أفراد العينة حسب نوعيـــة المرض..... 248
المطلب الثامن : توزيع أفراد العينة حسب مـــدة الإصابة 250
خلاصة: 253

الفصل السادس:التغير في عادات التغذية وأثره على إنتشار الضغط الدموي والسكري والقلب

تمهيد 255
المطلب الأول:حدوث التغير في عادات التغذية وحالات تأثير ذلك على إنتشار المرض المزمن..... 256
المطلب الثاني:قلة إستهلاك أطعمة الوقاية وبعض عادات الطهي غير الصحية وآثار ذلك المرضية 271
المطلب الثالث:عادات الأطعمة العصرية والدخيلة والمستهلكة بكثرة وآثارها على إنتشار المرض المزمن . 276
المطلب الرابع : تدني مستوى الثقافة الغذائية الوقائية وإنعكاساتها على ظهور الإصابة بالمرض المزمن ... 282
المطلب الخامس : مدى مساهمة التغير في عادات التغذية على إنتشار الإصابة بالمرض المزمن..... 288
المطلب السادس : المعاناة من السمنة ونوعية الإصابة بالمرض المزمن..... 290

إستنتاج الفرضية الأولى: 296

الفصل السابع: تدني مستوى الوعي الصحي وإسهاماته في إنتشار الضغط الدموي والسكري والقلب

تمهيد 300

المطلب الأول: تدني مستوى الوعي الصحي في المجتمع وآثاره على إنتشار المرض المزمن..... 301

المطلب الثاني : تدني مستوى الوعي الصحي في الأسرة وعلاقته بإنتشار المرض المزمن 308

المطلب الثالث: إهمال معرفة التاريخ العائلي الوراثي للمرض المزمن وأثره على الإصابة به..... 312

المطلب الرابع :قلة الوعي الصحي الوقائي وخاصة الغذائي لدى الأفراد وآثار ذلك المرضية..... 317

المطلب الخامس : إنخفاض مقدار النشاط البدني لدى الأفراد وتأثيره على إنتشار المرض المزمن 330

المطلب السادس : التدخين وعلاقته بإنتشار الإصابة بالمرض المزمن 338

المطلب السابع:مدى مساهمة تدني مستوى الوعي الصحي في إنتشار الإصابة بالمرض المزمن..... 342

إستنتاج الفرضية الثانية: 347

الفصل الثامن : المستوى المعيشي الأسري وعلاقته بإنتشار الضغط الدموي والسكري والقلب

تمهيد 352

المطلب الأول : مستوى الدخل الشهري الأسري وأبعاده الصحية والمرضية 353

المطلب الثاني: الطبقة الإجتماعية وإهتماماتها بضروريات الوقاية من الأمراض المزمنة 358

المطلب الثالث : مشكلات الدخل الشهري الأسري المرتبطة بالضغوط الإجتماعية والنفسية 371

المطلب الرابع : أهم مشكلات المسكن الأسري العلائقية وإنعكاستها على الصحة والمرض المزمن 383

المطلب الخامس : حدود تأثير المستوى المعيشي على إنتشار الإصابة بالمرض المزمن 393

إستنتاج الفرضية الثالثة : 399

الفصل التاسع: الحدث الإجتماعي الأليم وتأثيراته في إنتشار الضغط الدموي والسكري والقلب

تمهيد 404

المطلب الأول : الحدث السوسيو– أمني الأليم وإنعكاساته على إنتشار الإصابة بالمرض المزمن 405

المطلب الثاني: حدثي الهجرة والتغير في العمل المفاجئين وآثارهما على إنتشار الإصابة بالمرض 418

المطلب الثالث : الحدث الأسري الأليم والضاغط وعلاقته بإنتشار الإصابة بالمرض 423

المطلب الرابع:نطاق مساهمة الأحداث الإجتماعية والأسرية الأليمة والضاغطة في إنتشار المرض المزمن . 427

إستنتاج الفرضية الرابعة : 433

الإستنتاج العام 437

خاتمة 447

قائمة المراجع : 451

الملاحق 461

فهـــرس الجـــداول والأشكـــال البيانيـــة

1- فهـــرس الجداول:

الرقم	العنـــــــــوان	لصفحة
01	يبين أول 15 مرض مسبب للوفاة بحساب المعدل لكل 100 ألف شخص في المجتمع الأمريكي ما بين سنتي 1900-1987.	59
02	يمثل إنتشار الضغط الدموي في العالم حسب الجنس وحسب تقديرات سنة 2000 وتنبؤات سنة 2025%.	66
03	مستويات الوفاة بداء السكري حسب مراتبها في أقاليم العالم، تقديرات 1999 لمنظمة الصحة العالمية.	78
04	يبين عبء مرض القلب مع معدل سنوات العمر المصححة بإحتساب مدة التعوق حسب الجنس لتقديرات سنة 1999.	85
05	يبين عبء أمراض القلب بالآلاف حسب أقاليم منظمة الصحة العالمية وحسب مراتب الوفيات، تقديرات 1999.	86
06	يوضح الوفيات بأمراض القلب بالآلاف حسب الجنس لتقديرات سنة 1999.	88
07	يبين الوفيات بالأمراض القلبية الوعائية حسب مراتبها في أقاليم منظمة الصحة العالمية لتقديرات 1999.	89
08	يبين توزيع أفراد العينة حسب النشاط الحركي وحسب السن والجنس.	101
09	يبين معدل إنتشار التحضر والإصابة بمرض الضغط الدمويحسب السن والجنس.	101
10	يمثل معدل إنتشار التحضر حسب الجنس والسن والمنطقة الصحية.	103
11	يمثل معدل إنتشار التحضر والإصابة بمرض الضغط الدموي	103
12	يبين توزيع أفراد العينة حسب معدل إستهلاك الخضر والفواكه على الأقل 5 أنواع يوميا على مدى أسبوع حسب الجنس والسن.	110
13	يمثل تصنيفات السمنة والوزن فوق المعدل بإستخدام مقياس كتلة الجسم ومقياس الخصر مع إرتباطهما بدرجة الخطورة بالإصابة بالمرض المزمن.	112
14	يمثل معدل إنتشار السمنة الإجمالية والإصابة بداء السكري حسب الجنس والسن ومنطقة الإقامة %.	115
15	يمثل معدل الإصابة بالسمنة بأنواعها حسب السن والجنس والمنطقة الجغرافية%.	116

16	يمثل معدل الأشخاص الذين يعانون من الإصابة بالسمنة بأشكالها الثلاث والمصابون بالداء السكري حسب الجنس %.	117
17	يمثل معدل إنتشار السمنة الإجمالية والإصابة بالضغط الدموي حسب الجنس والسن والمنطقة الجغرافية .	118
18	يمثل معدل إنتشار السمنة البطنية والإصابة بالضغط الدموي حسب الجنس والسن والمنطقة الجغرافية.	119
19	يمثل معدل إنتشار الكلسترول الإجمالي للمبحوثين حسب فئات السن.	122
20	يمثل معدل إنتشار الضغط الدموي لدى الأشخاص الذين يعانون من إرتفاع في الكلسترول الدم.	123
21	يمثل معدل إنتشار الكلسترول العالي حسب الجنس والضغط الدموي.	123
22	يمثل معدل إنتشار إستهلاك التبغ والتدخين حسب الجنس والسن.	139
23	يمثل معدل إنتشار إستهلاك أنواع التبغ حسب الجنس والسن والمنطقة الصحية.	140
24	يبين مراحل إقتراب "Step Wise" .	156
25	يبين المرضى المعالجون في المستشفيات العسكرية للمستعمر.	167
26	يوضح نسبة المصابين بمرض مزمن واحد على الأقل حسب السن والجنس.	184
27	يبين معدل الأشخاص المسنين الذين يعانون من مشكل صحي حسب السن والجنس	185
28	يبين معدل الأشخاص البالغين 60 سنة فأكثر المصابين بمشكل صحي حسب طبيعة المشكل والنوع.	186
29	يوضح معدل إنتشار الأمراض المزمنة حسب السن والجنس%.	188
30	يبين معدل إنتشار الأمراض المزمنة حسب الجنس % .	189
31	يبين معدل إنتشار الأمراض المزمنة حسب المنطقة الجغرافية %.	191
32	يبين معدل إنتشار الأمراض المزمنة حسب الجنس والمنطقة الجغرافية %.	191
33	يوضح قائمة الأمراض المزمنة حسب ترتيبها %.	194
34	يبين معدل إنتشار الأمراض المزمنة ونوعيتها حسب الجنس %.	195
35	يبين معدل إنتشار الأمراض المزمنة حسب فئات السن ونوع المرض المزمن %.	196
36	يبين معل الأشخاص الذين يعانون من الأمراض المزمنة حسب نوعية المرض ومنطقة الإقامة .	197
37	يبين معدل إنتشار الضغط الدموي لكل حالات الإصابة غير المكتشفة والمكتشفة والمعالجة والمكتشفة وغير المعالجة حسب الجنس والعمر والمنطقة الصحية .	200

38	يمثل معدل إنتشار الضغط الدموي في العالم حسب السن %.	202
39	يوضح معدل إنتشار الضغط الدموي حسب السن والجنس %.	203
40	يوضح معدل إنتشار الضغط الدموي حسب فئات السن %.	204
41	يوضح معدل الأشخاص الذين يعانون من الضغط الدموي حسب مكان الإقامة .	205
42	يمثل معدل إنتشار داء السكري حسب السن والجنس %.	209
43	يوضح معدل إنتشار داء السكري حسب فئات السن %.	210
44	يوضح معدل الأشخاص الذين يعانون من داء السكري حسب مكان الإقامة %.	211
45	يبين معدل إنشار مرض القلب حسب فئات السن %.	213
46	يوضح معدل الأشخاص الذين يعانون من مرض القلب حسب مكان الإقامة %.	214
47	يبين توزيع أفراد العينة حسب الجنس.	239
48	يبين توزيع أفراد العينة حسب السن .	240
49	يبين توزيع أفراد العينة حسب منطقة الإقامة .	242
50	يمثل توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي.	244
51	يبين توزيع أفراد العينة حسب الحالة العائلية.	246
52	يبين توزيع أفراد العينة حسب الحالة المهنية.	247
53	يبين توزيع أفراد العينة حسب مدة الإصابة بالمرض المزمن.	248
54	يبين توزيع أفراد العينة حسب نوعية المرض المزمن .	250
55	يبين حدوث التغير في نوعية الغذاء لدى أفراد العينة وعلاقته بحالات هذا التغير قبل إصابتهم بالمرض المزمن .	256
56	يبين التغير في كمية الغذاء المشبع بالدهون لدى أفراد العينة قبل إصابتهم بالمرض المزمن وعلاقته ذلك بحالات هذا التغير.	260
57	يبين حدوث التغير في نوعية الغذاء لدى أفراد العينة وعلاقته بحدوث التغير في كمية الغذاء الدهني قبل إصابتهم بالمرض المزمن.	261
58	يبين سعي المبحوثين لإستهلاك المأكولات والمشروبات المصنعة والمعلبة وعلاقته بإستهلاكهم بكثرة لها قبل إصابتهم بالمرض المزمن .	266
59	يبين المأكولات والمشروبات المصنعة والمعلبة المستهلكة بكثرة لدى المبحوثين قبل إصابتهم بالمرض المزمن.	266
60	يبين تحديد مستوى إستهلاك الخضر والفواكه والأغذية الليفية الأخرى ضمن مكونات	271

	الوجبات الواسعة الإستهلاك اليومية لدى المبحوثين قبل إصابتهم بالمرض المزمن.	
61	يبين عادات تناول المأكولات المقلية الأكثر إستهلاكا من طرف المبحوثين قبل إصابتهم بالمرض المزمن .	274
62	يبين جنس المبحوثين وعلاقته بإستهلاك المأكولات الخفيفة والسريعة بكثرة في الشارع قبل الإصابة بالمرض المزمن.	276
63	يبين أهم المأكولات الخفيفة المستهلكة من طرف المبحوثين في الشارع بكثرة قبل إصابتهم بالمرض المزمن .	277
64	يبين أصل المأكولات التي كان يتناولها المبحوثين بكثرة في المترل وخارجه قبل إصابتهم بالمرض المزمن.	279
65	يبين جنس المبحوثين وعلاقته بمكان تناولهم لمعظم وجباتهم الغذائية قبل الإصابة بالمرض المزمن.	281
66	يبين تناول المبحوثين وبكثرة للوجبات الغذائية المقلية وعلاقته بتناولهم بكثرة للمأكولات الغنية بملح الطعام قبل إصابتهم بالمرض المزمن.	283
67	يبين البرنامج الغذائي المتبع لدى المبحوثين وعلاقته بإكثارهم من المأكولات والمشروبات الغنية بالسكريات قبل إصابتهم بالمرض المزمن.	286
68	يبين تقييم المبحوثين لعادات تغذيتهم قبل إصابتهم بالمرض المزمن وعلاقته برأيهم في مدى مساهمة هذه العادات في إصابتهم بالمرض المزمن.	288
69	يبين جنس المبحوثين ومعاناتهم من السمنة قبل إصابتهم بالمرض المزمن وعلاقة ذلك بنوع المرض المزمن الذي يعانون منه .	291
70	يبين المستوى التعليمي للمبحوثين وعلاقته بتلقيهم للتوعية من وسائط المجتمع حول الصحة والوقاية من الأمراض المزمنة كالضغط الدم، السكري والقلب قبل الإصابة بها.	301
71	يبين مستوى المعلومات المكتسبة لدى المبحوثين من خلال وسائط المجتمع حول الصحة والوقاية من الأمراض المزمنة كضغط الدم، السكري والقلب قبل الإصابة بها.	302
72	يبين إدراك المبحوثين لأهمية السلع والخدمات الضرورية للصحة والوقاية من الأمراض المزمنة كضغط الدم، السكري والقلب قبل الإصابة بها من خلال وسائط المجتمع وأهم وأبرز هذه السلع والخدمات.	302
73	يبين توعية المبحوثين من طرف أسرهم حول الإحتياطات الوقائية من الأمراض المزمنة كضغط الدم، السكري والقلب وعلاقتها بمدى تطبيق ذلك في نظام حياتهم اليومي قبل	308

	الإصابة بها.	
74	يبين عدد مرات توعية المبحوثين من طرف أسرهم حول إتخاذ الإحتياطات الوقائية من الأمراض المزمنة كضغط الدم، السكري والقلب قبل الإصابة بها.	309
75	يبين أهم الإحتياطات الوقائية المطبقة من طرف المبحوثين في نظام الحياة اليومي للوقاية من الأمراض المزمنة كضغط الدم، السكري والقلب والتي أوضحتها أسرهم قبل الإصابة بها.	309
76	يبين وجود عامل الوراثة بين عائلات المبحوثين والشخص الذي كان يحمل المرض المزمن قبل إصابة المبحوثين به .	313
77	يمثل شكل أسر المبحوثين وعلاقته بإثارة الحوار والنقاش حول الوراثة والأسباب الأخرى ومضاعفات الأمراض المزمنة كالضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب قبل الإصابة بها.	315
78	يمثل جنس المبحوثين وعلاقته بكيفية مواجهتهم مشكلات وأحداث الحياة قبل إصابتهم بالمرض المزمن الذي يعانون.	318
79	يبين المستوى التعليمي للمبحوثين وعلاقته بإطلاعهم لإمتلاك المعلومات حول مسببات مرض الضغط الدموي، السكري وأمراض القلب قبل الإصابة بها.	321
80	يبين إطلاع المبحوثين ومصادره حول مسببات مرض الضغط الدموي، السكري وأمراض القلب قبل الإصابة بها.	321
81	يبين المستوى التعليمي للمبحوثين وعلاقته بإتخاذهم للإحتياطات الوقائية الغذائية من الإصابة بمرض الضغط الدموي السكري وأمراض القلب قبل الإصابة بها.	324
82	يبين المستوى التعليمي للمبحوثين وعلاقة بتناولهم بكثرة للمأكولات الغنية بملح الطعام قبل إصابتهم بالمرض المزمن .	324
83	يبين المستوى التعليمي للمبحوثين وعلاقته بإكثارهم من المأكولات والمشروبات الغنية بالسكريات قبل إصابتهم بالمرض المزمن.	325
84	يبين جنس المبحوثين ومستواهم التعليمي وعلاقتهما بممارسة الرياضة من عدمها قبل إصابتهم بالمرض المزمن.	331
85	يبين جنس المبحوثين وعلاقته بإمتلاكهم لثقافة المشي من خلال الطرق المتبعة في تنقلاتهم اليومية لمسافات يمكن قطعها مشيا أو على الأقدام قبل إصابتهم بالمرض المزمن.	334

86	يبين علاقة قيام المبحوثين بالنشاط الحركي في مجال العمل اليومي ومستوى هذا النشاط قبل إصابتهم بالمرض المزمن.	336
87	يبين جنس المبحوثين ومستواهم التعليمي وعلاقتهما بتناولهم التدخين بكثرة ولمدة طويلة قبل إصابتهم بالمرض المزمن.	339
88	يمثل المستوى التعليمي للمبحوثين وعلاقته برأيهم في مدى مساهمة نقص وعيهم الصحي والوقائي قبل إصابتهم بالمرض المزمن في إصابتهم به.	342
89	يبين المدة الزمنية بين ظهور الأعراض المرضية لدى المبحوثين وزيارتهم للطبيب قبل إصابتهم بالمرض المزمن وعلاقتها برأيهم في مدى مساهمة تدني مستوى وعيهم الصحي والوقائي في إصابتهم بالمرض المزمن.	344
90	يبين تحديد مستوى الدخل الشهري الأسري للمبحوثين قبل إصابتهم بالمرض المزمن	353
91	يمثل تقييم مستوى الدخل الشهري الأسري للمبحوثين وعلاقته بمقدار المصاريف المترلية قبل إصابتهم بالمرض المزمن.	356
92	يبين علاقة الدخل الشهري الأسري بإهتمام الأسرة بتوفير ضروريات الصحة والتي تقي من الأمراض المزمنة قبل الإصابة بها.	359
93	يمثل الدخل الشهري الأسري وعلاقته بالسلع والخدمات الضرورية للصحة والوقاية من الأمراض المزمنة التي كانت تهتم بتوفيرها الأسرة قبل الإصابة بالمرض المزمن.	362
94	يمثل الدخل الشهري الأسري للمبحوثين وعلاقته بالحاجيات التي لم تستطع أسرهم توفيرها قبل إصابتهم بالمرض المزمن.	366
95	يبين علاقة الدخل الشهري الأسري للمبحوثين بمن كان يساهم فيه أكثر من أعضاء أسرهم قبل إصابتهم بالمرض المزمن .	372
96	يبين الدخل الشهري الأسري وعلاقته بمن كان يتولى تسيير ميزانية الأسرة قبل إصابتهم بالمرض المزمن.	375
97	يبين الدخل الشهري الأسري وعلاقته بوجود الخلافات والمشكلات الأسرية حول المصاريف المترلية قبل إصابة المبحوثين بالمرض المزمن .	377
98	يبين الدخل الشهري الأسري وعلاقته بتعرض أسر المبحوثين قبل الإصابة بالمرض المزمن إلى وضعيات مادية حرجة أفرزت ضغوطا إجتماعية ونفسية حادة.	380
99	يبين صفة سكن المبحوثين وأبعاد ذلك المرضية قبل إصابتهم بالمرض المزمن.	384
100	يبين نوع المسكن الأسري الذي كان يأوي المبحوثين وعلاقته بعدد الغرف فيه قبل إصابتهم بالمرض المزمن .	386
101	يبين نوع المسكن الأسري الذي كان يأوي المبحوثين وعلاقته بعدد الأفراد فيه قبل	388

	الإصابة بالمرض المزمن.	
102	يبين نوع المسكن الأسري الذي كان يأوي المبحوثين قبل إصابتهم بالمرض المزمن وعلاقته بعدد الأفراد المتزوجين في نفس المسكن.	390
103	يبين سكن المبحوثين المتزوجين قبل إصابتهم بالمرض المزمن وعند زواجهم وعلاقة ذلك بإهتمام أسرهم بحل خلافاتهم ومشكلاتهم الزوجية والأسرية.	391
104	يبين الدخل الشهري الأسري للمبحوثين وعلاقته برأيهم في مدى مساهمة المستوى المعيشي الذي كانوا يعيشونه قبل الإصابة بالمرض المزمن في إصابتهم به.	394
105	يمثل نوع علاقات المبحوثين مع أعضاء المسكن الأسري الآخرين ودرجة تأثير ذلك على إصابتهم بالمرض المزمن قبل حدوثه .	396
106	يبين معايشة المبحوثين قبل إصابتهم بالمرض المزمن لحدث إجتماعي-أمني أليم، ونوع الحدث المعيش .	405
107	يبين نوع الحدث الإجتماعي-الأمني الأليم الذي عايشه المبحوثين قبل إصابتهم بالمرض المزمن حسب جنسهم.	410
108	يبين نوع الحدث الإجتماعي-الأمني الأليم الذي عايشه المبحوثين قبل إصابتهم بالمرض المزمن حسب حالتهم العائلية.	412
109	يبين نوع الحدث الإجتماعي- الأمني الأليم الذي عايشه المبحوثين قبل إصابتهم بالمرض المزمن حسب شكل أسرهم.	413
110	يبين نوع الحدث الإجتماعي- الأمني الأليم الذي عايشه المبحوثين قبل إصابتهم بالمرض المزمن حسب منطقة الإقامة.	413
111	يبين نوع الحدث الإجتماعي- الأمني الأليم الذي عايشه المبحوثين قبل إصابتهم بالمرض المزمن حسب مدة.	416
112	يبين حدوث بشكل مفاجئ الهجرة أو تغيير المبحوثين لمقر سكناهم وكيفياته قبل إصابتهم بالمرض المزمن.	418
113	يبين جنس المبحوثين وعلاقته بحدوث التغير من عدمه بشكل مفاجئ في عملهم أو نشاطهم قبل إصابتهم بالمرض المزمن .	420
114	يبين تعرض أحد أفراد أسر المبحوثين الأقرباء جدا لحدث أليم وعلاقته بنوع الحدث قبل الإصابة بالمرض المزمن.	423
115	يبين تعرض أحد أفراد أسر المبحوثين الأقرباء جدا لحدث أليم وعلاقته بالشخص القريب الذي تعرض للحدث قبل الإصابة بالمرض المزمن.	424

116	يبين علاقة تأثر صحة المبحوثين بضغوط وآلام الحدث الإجتماعي الأليم الذي عايشوه في المجتمع بمدى مساهمة ذلك في إصابتهم بالمرض المزمن .	427
117	يبين علاقة مدة إصابة المبحوثين بالمرض المزمن بمدى مساهمة الأحداث الإجتماعية والأسرية الأليمة، في إصابتهم به.	428
118	يبين جنس المبحوثين وعلاقته بتأثرهم بضغوطات وآلام الأحداث الأسرية الأليمة قبل إصابتهم بالمرض المزمن.	430
119	يبين نوعية الضغوط والآلام التي عايشها المبحوثين بسبب الأحداث الأسرية الأليمة قبل إصابتهم بالمرض المزمن.	430

2- فهـــرس الأشكـــال البيانيـــة :

الرقم	العنـــــــــــوان	الصفحة
01	يمثل معدل إنتشار الضغط الدموي في العالم حسب الجـــنس و حســـب تقديرات سنة 2000 وتنبؤات 2025.	67
02	يبين معدل الأشخاص المسنين الذين يعانون من مشكل صحي حسب السن والنوع .	185
03	يبين نسبة الأشخاص البالغين 60 سنة فأكثر المصابين بمشكل صحي حسب طبيعة المشكل والجنس.	187
04	يوضح معدل إنتشار الضغط الدموي حسب فئات السن .	205
05	شكل دائري يبين معدل الأشخاص الذين يعانون من الضغط الدموي حسب منطقة الإقامة .	206
06	يوضح معدل إنتشار داء السكري حسب فئات السن .	211
07	شكل دائري يمثل معدل الأشخاص الذين يعانون من داء السكري حسب مكان الإقامة %.	212
08	يمثل معدل إنتشار مرض القلب حسب فئات السن %.	213
09	شكل دائري يبين معدل الأشخاص الذين يعانون من مرض القلب حسب مكان الإقامة %.	214
10	يبين مستوى الوقاية والتكفل بالأمراض المزمنة.	218
11	دائرة نسبية تمثل توزيع الإصابات بالمرض المزمن لدى أفراد العينة حسب الجنس.	240
12	مدرج تكراري يمثل التوزيع الخاص بإصابات المرض المزمن لدى أفراد العينة حسب السن.	240
13	دائرة نسبية تمثل توزيع أفراد العينة المرضى حسب منطقة الإقامة.	244
14	أعمدة بيانية تمثل توزيع أفراد العينة كمرضى مزمنين حسب المستوى التعليمي.	245
15	أعمدة بيانية تمثل توزيع إصابات المرض المزمن بين أفراد العينة حسب الحالة العائلية .	246
16	أعمدة بيانية تمثل إصابات المرض المزمن الخاصة بأفراد العينة حسب الحالة المهنية .	248

17	مدرج تكراري يمثل التوزيع الخاص بإصابات المرض المزمن لدى أفراد العينة حسب مدتها .	249
18	أعمدة بيانية تمثل توزيع نوعية الإصابات بالمرض المزمن بين أفراد العينة.	252
19	أعمدة بيانية تمثل النشاط الحركي والإصابة بأمراض الشرايين التاجية.	338
20	مدرج تكراري يمثل توزيع الدخل الشهر لأسر المبحوثين قبل إصابتهم بالمرض المزمن.	356
21	أعمدة بيانية تمثل صفة سكن المبحوثين قبل إصابتهم بالمرض المزمن.	385

مقدمة :

لقد عاشت المجتمعات سنوات طويلة من عمرها وهي تعاني من الأمراض المعدية، غير أن ظهور التصنيع والتحضر كعاملين بارزين للتطور في هذا العصر، صاحبتهما النقلة النوعية التي عرفتها المجتمعات في حقل الصحة عامة نحو إنتشار الأمراض المزمنة، وبشكل محدد منها مرض الضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب، والتي لم تكن هكذا صدفة، وإنما كانت من ورائها تغيرات عميقة مست مختلف المستويات المعيشية، كما هو الحال بالنسبة لظهور نمط الحياة الجديد المتميز بالوفرة الغذائية، العادات الغذائية السيئة والمسمنة، التحضر وتراجع النشاط البدني، الضغوط الإجتماعية والنفسية المتزايدة، وهذه نفسها المسببات الشائعة لظاهرة السمنة وإرتفاع الوزن لدى إنسان هذا العصر، والتي تشكل عامل خطر بارز يؤدي إلى الإصابة بضغط الدم المرتفع، السكري وأمراض القلب، وفي هذا الصدد تشير إحصائيات المنظمة العالمية للصحة التي وردت في إطار الدراسة الوطنية الإبدميولوجية التي قام بها المعهد الوطني للصحة مؤخرا* إلى بلوغ الذين يعانون من مشكلة السمنة في العالم 1.6 مليار و400 مليون شخص سنة2005 في سن يتجاوز 15 سنة، وسوف يعاني من هذه المشكلة سنة 2015 حوالي 2.5 مليار و700 مليون شخص في سن متوسطة.[1] وفي ظل هذا الوضع الصحي الجديد، لم تعد الأمراض المعدية تترأس أسباب الوفاة كما كانت في الماضي، وإنما أصبحت هذه النوعية من الأمراض المزمنة هي السبب الرئيسي للوفاة في المجتمعات حاليا، لذلك فإن الإحصائيات التي أوردتها منظمة الصحة العالمية تشير إلى أن نسبة 77% من العدد الإجمالي للوفيات ترجع إلى الأمراض غير المتنقلة في المجتمعات النامية، وكذا نسبة 85% من التكفل بالمرضية الإجمالية الناتجة عن هذه الأمراض، تسجل أعلى مستوى في المجتمعات ذات الدخل المنخفض والمتوسط، وتتنبأ المنظمة بأن نسبة الوفيات التي مصدرها هذه النوعية من الأمراض مع مطلع سنة 2020 ستقدر بـــ73%، أما بالنسبة للتكفل بالمرضية فستقدر لها النسبة بـــ60% في المجتمعات عامة.[2] وبسبب هذا التزايد المستمر لعدد

---

* الدراسة الوطنية الإبدميولوجية حول إنتشار السمنة وبعض مضاعفاتها على الأمراض غير المتنقلة، قام بها المعهد الوطني للصحة سنة 2005، في إطار مشروع البحث في عملية الإنتقال الإبدميولوجي وآثاره على الصحة في دول شمال إفريقيا، وقد تمت الدراسة على عينة مكونة من 4881أسرة، وتم إستجواب أشخاص في سن 35-70 سنة، وشملت الدراسة ثلاث مناطق جغرافية هي منطقة التل ومنطقة الهضاب ومنطقة الجنوب، أما النتائج فقد نشرت سنة 2010 .

(1) **Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Institut national de santé Publique, Transition épidémiologique et système de santé, Projet TAHINA, L'obésité chez l'adulte de 35 à70 ans en Algérie, Institut nationale de santé publique, Alger,2010,P12.**

(2) **Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Direction de la prévention, Rapport du séminaire Atelier d'élaboration du programme national de lutte intégrée contre les maladies non transmissibles, Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Alger, 2003, P 16.**

المصابين بالأمراض غير المتنقلة، سارعت منظمة الصحة العالمية لإتخاذ إستراتيجية صارمة وتكثيف الحملات التوعوية للتصدي إلى مخاطر ومضاعفات هذه الظاهرة العالمية، وذلك لتوضيح على الأقل عوامل الخطر

المؤدية إلى إنتشارها وسبل الوقاية منها، بيد أن هذه الظاهرة المتعددة الأبعاد، لم تحض في المجتمع الجزائري بإهتمام كبير عامة وفي هذه السنوات الأخيرة التي تعرف فيها إنتشارا واسعا بوجه الخصوص، الأمر الذي تؤكده نتائج الدراسات والتحقيقات التي تقوم بها وزارة الصحة والسكان والديوان الوطني للإحصائيات، حيث أبرز تحقيق سنة 2006* أن معدل إنتشار الأمراض المزمنة قد بلغ 10.5% لدى المستجوبين من أفراد العينة يتوزع بـــ12.6% للإناث و8.4% للذكور.

أما بالنسبة لإنتشار هذه الأمراض حسب فئات السن، فقد وجد معدل يقدر بـــ18.5% لدى فئة السن 35-59 سنة، وبلغ المعدل 51% لدى فئة السن 60 سنة فأكثر، وحسب المناطق الجغرافية ظهر معدل يقدر بـــ11.5% للمنطقة الحضرية وآخر يقدر بـــ9.2% للمنطقة الريفية. (1)

إن هذه المعدلات المسجلة لإنتشار هذه النوعية من الأمراض العصرية الصامتة والقاتلة، لا يمكن تجاهلها أو الإستهانة بها، وعلى الرغم من محاولة الفاعلين في نسق الصحة في المجتمع الجزائري رصد بعض مؤشرات آثارها الجوهرية، إلا أن حدة إنتشارها لازالت بارزة على مستوى المستشفيات الصحية، حيث أصبحت مكتظة بالمرضى المصابين الذين يعانون من هذه الأمراض، وبخاصة تلك التي تسببها عوامل عديدة مشتركة، كما تؤثر في بعضها البعض من حيث الإنتشار كمرض الضغط الدموي المرتفع، داء السكري وأمراض القلب .

إن الزيادة المستمرة لهذه النوعية من الأمراض المزمنة تمثل معوقا حقيقيا أمام تنمية الرعاية الصحية في المجتمع الجزائري الحالي، الأمر الذي يتطلب إستنطاق الواقع الإجتماعي والصحي الجديدين على المجتمع، والرمي بكل ثقل البحث السوسيولوجي لفهم مسببات إنتشار هذه الأمراض المزمنة في المجتمع الجزائري حاليا، كأمراض تختلف في كثير من ملامحها وعوامل إنتشارها عن الوضع الصحي في الماضي، بإعتبار التحولات والتغيرات السريعة والعميقة، والأحداث الإجتماعية التي عرفها المجتمع الجزائري خلال عقدين من الزمن، كحدث الإرهاب الذي أفرز ضغوطا لا حدود لها تحملها الفرد والأسر الجزائرية على حد سواء، إلى جانب بروز عادات وممارسات غير صحية لم تكن منتشرة في الماضي القريب، كعادات تناول الأغذية الجاهزة والمسمنة ...الخ، وهذا الواقع الجديد يضاهي التحولات التي حدثت منذ زمن بعيد وعلى الأقل منذ

* لقد تم إجراء تحقيق وطني حول متابعة وضعية الأطفال والأمهات الصحية من طرف وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات بالتعاون مع الديوان الوطني للإحصائيات، وشمل التحقيق عينة تضم 29478 أسرة تتوزع على مستوى 17 منطقة صحية، أي ما يعادل 1734 أسرة لكل منطقة صحية تقع في الوسط، الشرق، الغرب والجنوب، ومن هذه الأعداد وجدت 47612 إمرأة في سن 15-49 سنة و15000طفل لا يتجاوز سن 5 سنوات، وقد نشرت نتائج هذا التحقيق النهائية في ديسمبر 2008 .

(1) **Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Office national des statistiques,**
Suivi de la situation des enfants et des femmes, Enquête nationale a indicateurs multiples MICSS,
Algerie 2006, Rapport principal, Office national des statistiques , Alger, 2008, P 51.

الإستقلال، الأمر الذي يؤدي للقول بأن هذا الواقع الجديد يتسم بتغيرات متعددة ومتنوعة على كل المستويات، فالمجال الحضري قد عرف تغيرات هو الآخر منذ بروز ظاهرة التحضر في ظل واقع عمراني وديمغرافي جديدين يتميزان بالإكتظاظ، نتيجة تبني إستراتيجية التصنيع، الأمر الذي دفع بالهجرة نحو المدن وخلق حراك سكاني كثيف، برز في مسألة إلتحاق أعداد هامة من الأفراد للعمل في القطاع الإقتصادي والخدماتي الناشئين عن عملية التصنيع والتحضر، مما سمح لأجر هؤلاء بالدخول والإنخراط في نمط العيش الحديث، الذي يتميز بالإفراط في إستهلاك المقتنيات المختلفة (المأكل، المشرب، وسائل الراحة، ...الخ)، ولقد أضحى الوسط الداخلي للأسر (التي إنخرطت في هذا النمط المعيشي الحديث، وبالأخص تلك التي تعيش في المدن حاليا) يعج بوسائط تكنولوجية حديثة وجديدة، توفر الراحة أو بالأحرى تؤدي إلى الخمول والقعود لساعات طويلة دون حركة ونشاط بدني، أما بالنسبة للوسط الخارجي للأفراد وللأسر الذين يعيشون في المدن خصوصا فهم يواجهون مغريات كأماكن الأطعمة والأشربة المختلفة، التي غزت الشوارع والأحياء السكانية، التي تستقطب المارة أمامها دون مغالبة في أغلب الحالات، وتتباين سلوكيات الأفراد والأسر في تعاملها مع هذا الواقع الجديد المغري والمفرط – إن صح القول – تبعا لمتغيرات كثيرة تتعلق بعادات وقيم الأفراد والأسر، والظروف المادية أو المستوى المعيشي الأسري، حضور الوالدين أو غيابهما، والأهم من ذلك تتعلق بمستوى الوعي الصحي والوقائي، أو مدى إكتسابهم لرصيد من المعارف الصحية الوقائية التي تحول دون ممارساتهم غير الصحية، كالإمتناع عن تناول الأغذية المسمنة والمتسببة في هذه النوعية من الأمراض المزمنة.

وفي هذا الإتجاه شدد الفاعلون في مجال الصحة على تحميل الأفراد والأسر والمجتمع ككل المسؤولية الوقائية أو التنصل من تجنب الوقوع في دوامة الأمراض المزمنة كضغط الدم المرتفع، داء السكري وأمراض القلب، التي باتت تعرف بالتأثر والتفاعل الشديدين مع أخطار المحيط كالضغوط الإجتماعية والنفسية التي يفرضها هذا الأخير، وعادات التغذية السيئة وبخاصة المسمنة، قلة الحركة أو قلة المجهود العضلي، وغير ذلك من عوامل الخطر التي باتت تعكس مظاهر التغير الإجتماعي العميق الذي يتعرض له المجتمع، ومما سبق ذكره يمكن القول أن مستوى الصحة والمرض في المجتمع ما هو إلا إنعكاسا للوضع الإجتماعي والإقتصادي والثقافي والبيئي والجسمي للفرد والأسرة معا، وهذا يعني أن الصحة جودتها ورداءتها ترتبط بشكل كبير بدرجة تقدم المجتمع وتوجهاته ومسيرته التاريخية، وقيمه وعاداته وتقاليده ومستوى المعيشة أو المستوى الطبقي فيه وأسلوب الحياة، وهذه متغيرات لا مجال للشك من أن يأخذها الطبيب والدارس السوسيولوجي في إعتباره، لزيادة فهم الحركة المتصلة بين إنتشار الأمراض والواقع الإجتماعي الذي يهيئ لحدوث المرض، وهذا لا يظهر للمعرفة والفعل إلا في إطار المقاربة الشاملة، التي ترى بأن صحة الفرد وإصابته بالمرض عرضة في أية لحظة لمتغيرات وعوامل متعددة ترتبط بعلاقاته مع غيره من أبناء جنسه، ومع مكونات بيئته بشكل عام .

وهنا ينبغي التأكيد أن الإنسان ليس جسما تتردد فيه النفس في بيئة إجتماعية معينة يمكن العناية بكل منها على إنفراد، وإنما يتأثر الجسم بالنفس وتتأثر النفس بالجسم وهذه وذاك يتأثر بالبيئة الإجتماعية،

ومن هنا تبدو أهميه المقاربة الشاملة لصحة الفرد من الناحية الإجتماعية والنفسية والجسمية، وفي هذا الصدد فإن معظم الدراسات في هذا الشأن تؤكد أن هناك دورا بارزا للعوامل السوسيو-إقتصادية والثقافية التي تساهم في تعرض الأفراد للإصابة بالمرض، كما يؤكد كل من التراث السوسيولوجي والأنثروبولوجي والطبي على تأثير هذه العوامل في ظل التغير الإجتماعي السريع أو العنيف على صحة الإنسان، ولهذا فإن الإرتقاء بالصحة العامة والوقاية من مخاطر الأمراض المزمنة مثل الضغط الدموي، السكري وأمراض القلب، يستلزم إحداث تغييرات في السلوكيات والممارسات غير الصحية للأفراد والجماعات في المجتمع، ولا يمكن تغيير سلوك وممارسة الأفراد المؤدية إلى الإصابة بالمرض المزمن إلا من خلال مواجهتها مواجهة واقعية وفعلية، وذلك بإجراء دراسات وبحوث سوسيولوجية وعلمية واعية للعوامل التي يترتب عليها تفسير سلوكيات الأفراد غير الصحية، والكشف عن جذورها وملابساتها وتأثيراتها منفردة ومجتمعة.

وعلى هذا الأساس تحاول هذه الدراسة الإقتراب والكشف عن أهم المتغيرات السوسيو-إقتصادية والثقافية الكامنة وراء إنتشار الإصابات بمرض الضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب، وهذا لأجل معرفة حدود ونطاق تأثيرات التغير الإجتماعي في نسق الصحة في المجتمع الجزائري، الأمر الذي يتم طرحه وربطه بالواقع المعيش من خلال دراسة ميدانية حول عينة من المصابين بهذه النوعية من الأمراض المزمنة، ووفقا لتحقيق أهداف هذه الدراسة قد تم إعتماد الخطة التالية، والتي تحتوي على بابين أساسيين حيث كل باب ينقسم بدوره إلى فصول وكل فصل إلى مباحث أو مطالب:

فالباب الأول: يمثل الدراسة النظرية ويشتمل على أربعة فصول بدءا بالفصل الأول، الذي تم تخصيصه لعرض المقاربة المنهجية للدراسة بما تحتويه من أسباب إختيار الموضوع وأهدافه، طرح الإشكالية والفرضيات، تحديد المفاهيم والمصطلحات، تحديد مجتمع البحث، منهج الدراسة، تقنيات جمع البيانات وتحليلها، الدراسات السابقة لموضوع الدراسة، ثم يلي ذلك الفصل الثاني الذي يأتي شاملا ومبرزا لعنصر التغير الإجتماعي ومراحل الإنتقال الوبائي نحو الأمراض المزمنة، في حين تناول الفصل الثالث عوامل وإنعكاسات إنتشار ظاهرة الأمراض المزمنة في المجتمعات عموما (مرض الضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب)، وفي آخر الباب النظري، جاء الفصل الرابع يتضمن ظاهرة إنتشار الأمراض المزمنة في المجتمع الجزائري خصوصا (الضغط الدموي، داء السكري، وأمراض القلب).

أما الباب الثاني: فإنه يمثل الدراسة الميدانية ويشتمل على خمسة فصول، حيث يأتي الفصل الخامس منه يتضمن التعريف بالميدان وتقديم خصائص ومواصفات عينة الدراسة، ثم جاء الفصل السادس يعالج نتائج الفرضية المتعلقة بأثر التغير في عادات التغذية على إنتشار الإصابة بمرض الضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب، وقد خصص الفصل السابع لمعالجة وتحليل نتائج الفرضية المتعلقة بتدني مستوى الوعي الصحي، ومساهمة ذلك في إنتشار الإصابة بمرض الضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب، أما الفصل الثامن، فقد تناول هو الآخر بالتحليل نتائج الفرضية المفسرة للمستوى المعيشي وعلاقته بإنتشار الإصابة بمرض الضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب، في حين تناول الفصل التاسع والأخير

بالتحليل نتائج الفرضية، التي تهدف إلى معرفة مؤشرات الحدث الإجتماعي الأليم وتأثيراته على إنتشار الإصابة بمرض الضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب.

وهكذا وبعد عرض هذه الفصول المتعلقة بالباب الميداني لهذه الدراسة، تم تقديم في الأخير ملخصا حول النتائج العامة المتوصل إليها إلى جانب خاتمة الدراسة والملاحق.

الفصل الأول:
المقاربة المنهجية للدراسة

المطلب الأول : أسباب وأهداف إختيار الموضوع .

المطلب الثاني : الإشكـــاليـــــة والفرضيـــات .

المطلب الثالث : تحديد المفاهيـــم والمصطلحات .

المطلب الرابع : تحديـــد مجتمـــع البحـــــث .

المطلب الخامس : منهـــــج الـــدراســـــــة.

المطلب السادس : تقنيات جمع البيانات وتحليلها .

المطلب السابع : الدراسات السابقة لموضوع الدراسة.

المطلب الأول : أسباب وأهداف إختيار الموضوع.

إن إعتماد أسباب وأهداف بحثية من طرف الباحث لدراسة مشكلة إجتماعية معينة يعد جزءا جوهريا من الوقائع التي يدرسها، ولكن ليس بالمعنى الذي يجعلها الإلتزامات الخاصة به، بل بوصفها إلتزامات نابعة من الظاهرة أو الموضوع المراد دراسته، وهذا لأجل إحداث نوع من التفاعل المباشر والمفيد بين الباحث وموضوعه. وعلى هذا الأساس تم إختيار موضوع هذه الدراسة لعدة أسباب منها ما هو ذاتي ومنها ما هو موضوعي، ومن ذلك الميل إلى تناول ومعالجة الموضوعات التي تخص صحة الفرد وصحة الأسرة على حد سواء، وكل ما يشكل مرضا في المجتمع، إلى جانب معاناة عددا معتبرا من أفراد الأسرة والأقارب وحتى من الوسط السكني، من الإصابات بالأمراض المزمنة كضغط الدم المرتفع، داء السكري وأمراض القلب، وهذه الإصابات التي لحقت بهؤلاء كانت في فئات الأعمار المتوسطة والمتأخرة. هذا إلى جانب الملاحظة اليومية التي تشير إلى إزدياد محسوس في عدد الإصابات بهذه النوعية من الأمراض في المجتمع الجزائري، فإكتظاظ المستشفيات العامة ومكاتب الأطباء الخاصة والمراكز الصحية المختلفة، أصبح بالنسبة لمستقبل نسق الصحة أمرا ينذر بالخطورة في هذه الأزمنة الحديثة، ومما عزز ذلك خبرات عملي بالديوان الوطني للإحصائيات (O.N.S) لمدة سنة، سمح بالإحتكاك مع الفاعلين بهذا الديوان والإطلاع على أهم التحقيقات والدراسات الإبدميولوجية المنجزة حول الأمراض المزمنة من طرف الديوان الوطني للإحصائيات وبالتعاون مع وزارة الصحة والسكان، والتي تنشر نتائج ملفتة للإنتباه التي تتطلب الوقوف على أبعادها الإجتماعية.

إن تخصص ديموغرافيا يهتم بمثل هذه الموضوعات الإبدميولوجية (الأمراض والأوبئة)، الأمر الذي كان كالفضاء العلمي والمعرفي المفضل للبحث في المتغيرات الإجتماعية والديموغرافية وعلاقتها بأمراض المجتمع، والذي شد الإنتباه أكثر لدراسة موضوع الأمراض المزمنة كضغط الدم، داء السكري وأمراض القلب وإنتشارها في المجتمع الجزائري، هو ما ينشر عبر صفحات الجرائد والمجلات حول عدد الإصابات والوفيات ومخاطر هذه النوعية من الأمراض، وهذا دون تحريك ساكن من طرف القائمين على نسق الصحة في المجتمع، فعلى الرغم من أن هذه الأمراض المزمنة باتت تشكل معوقا حقيقيا لنسق الصحة في المجتمع الجزائري، وعلى الرغم من التكاليف الباهظة التي تدفعها الدولة لمؤسسات الضمان الإجتماعي للتكفل بهذه الشريحة من المرضى المصابين، والتي تستغرق في أغلب الأحيان مدى حياة الشخص المريض، وعلى الأقل لفترات طويلة من العلاج والتشخيص المستمر، إلا أن الإهتمام بمسألة التوعية الصحية والوقائية من مخاطر هذه الأمراض لازال يعرف نقائص ملموسة، فيلاحظ أن الإهتمام يرتكز في هذا الشأن فقط على التشخيص والكشف الطبي والبيولوجي للمرض ومحاولة توفير الأدوية، دون الإهتمام بالظروف البيئية الإجتماعية والأسرية المتسببين في إنتشار هذه الأمراض يوما بعد يوم، وبالمقابل يظهر نقص بارز للعيان في مسألة تنمية الرعاية الصحية التي أساسها مبدأ الوقاية خير من العلاج على مستوى المؤسسات التعليمية، العائلة، وسائط المجتمع كوسائل الإعلام...إلخ، وهذا في الوقت الذي تسخر فيه المجتمعات المتقدمة كل

الوسائط والفاعلين في نسق المجتمع الكلي لنشر الثقافة الصحية الوقائية من مضاعفات هذه الأمراض المزمنة بما في ذلك تخصيص تدريس مقاييس للصحة والوقاية منها منذ الأطوار الدراسية الأولى.

كما أن قلة الدراسات المعالجة لمشكلة الأمراض المزمنة كالضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب في المجتمعات العربية عامة والمجتمع الجزائري بوجه الخصوص وبشكل أكثر تحديدا، هناك شبه إنعدام للدراسات السوسيولوجية والديموغرافية وحتى الإبدميولوجية، التي تبحث في المتغيرات الكامنة وراء ظهور هذه النوعية من الأمراض وإنتشارها حاليا في المجتمع الجزائري الحديث، فهذه جميعها أسباب كانت من وراء محاولة البحث هذه، والتي تكشف عن أهم المتغيرات السوسيو-إقتصادية والثقافية، المتسببة في إحداث الإصابة بهذه الأمراض المزمنة، والآثار الناجمة عنها والتي تكون بالغة الخطورة في أغلب الحالات، ولا تقتصر هذه الآثار على المرضى المصابين فقط بل حتى الأسرة والمجتمع يتحملان تبعاتها المادية والمعنوية.

أما بالنسبة للأهداف التي تسعى إلى تحقيقها هذه الدراسة في إطار معالجة هذا الموضوع، فتتلخص في محاولة الوصول إلى موقف أو مكسب إبستمولوجي معرفي خاص بالإهتمام الحديث السائد حول الحقيقة القائلة بالإرتباط الوثيق بين بيئة العيش الإجتماعية والخصائص الديموغرافية والصحية للأفراد والجماعات، وكذا البديهية التي أصبحت تؤكد أن الفرد يمثل وحدة إجتماعية، نفسية وجسدية متكاملة تتفاعل فيها هذه العناصر مع بعضها البعض من جهة، ومن جهة أخرى تتفاعل وتتأثر بما يجري من أحداث وتطورات وتغيرات جديدة في النسق الإجتماعي الكلي للمجتمع، وكل ذلك في علاقة تفاعلية أيضا مع إنتشار الإصابات بالأمراض العصرية المزمنة كالضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب، ومن هذا المنطلق يمكن إستنطاق الواقع المعيشي للفرد في المجتمع الجزائري في سياق تاريخي، سوسيولوجي، إقتصادي وثقافي ومحاولة ربط ذلك بالمسببات الرئيسة لإنتشار هذه الأمراض المزمنة في السنوات الأخيرة في المجتمع الجزائري، وهذا بالتسليم مسبقا أن الأمراض المزمنة ظاهرة إجتماعية خاضعة لحتمية التغير والتحول الإجتماعيين اللذين يمثلان كذلك ظواهر إجتماعية جعلها علم الإجتماع ضمن إهتماماته الأولى في معالجة أمراض المجتمع، وبهذا يمكن الوصول إلى فهم وإستيعاب جدلية الأمراض المزمنة -تغير إجتماعي، الأمر الذي يصبح يكتسي قيمة سوسيولوجية كبيرة، لأن سيرورة الأمراض تنتقل من حال إلى حال داخل المجتمع الواحد.

وهناك محاولة أخرى تتمثل في إكتشاف مدى مساهمة المتغيرات الجديدة كالعادات والممارسات غير الصحية الدخيلة على أفراد المجتمع، والتي أصبحت تؤثر بشكل أو بآخر في ظهور الإصابات المرضية مثل الضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب، ذلك بإعتبار أن هذه المتغيرات الجديدة، ما هي إلا نتاجا حتميا لأهم التحولات الإجتماعية، الإقتصادية والثقافية التي عرفها المجتمع الجزائري، بخاصة خلال سنوات التسعينيات وما ظهر من بعدها كظروف معيشية صعبة عمقت من معاناة الأفراد بفرض ضغوط عديدة على الحياة اليومية،لكن وعلى الرغم من هذا التصور والتقدير والتثمين الذي تكتسيه دراسة الأمراض المزمنة من المنظور السوسيولوجي، تبقى الحاجة قائمة إلى دراسات سوسيولوجية، ديموغرافية وإبدميولوجية أخرى تمهد لإنطلاق تخصص علم الإجتماع الطبي الذي يسهم بدون شك في إثراء هذا الحقل المعرفي الجديد.

المطلب الثاني : الإشكالية والفرضيات

الإشكالية: إن التغير الذي حدث في نوعية الأمراض السائدة والمنتشرة في المجتمعات حاليا، وبالطبع من أمراض معدية في الماضي إلى أمراض مزمنة في الحاضر، قد حدث فعلا في المجتمعات المتقدمة، غير أنه بات ملحوظا حاليا في المجتمعات النامية، وهذا لا يعني أن هناك قضاء تاما على الأمراض المتنقلة، وإنما لازالت بعض المجتمعات تعاني وتعرف النمطين من الأمراض معا، ومن الواضح أن هناك طغيانا بارزا وإنتشارا مستمرا للأمراض المزمنة وبخاصة تلك التي إرتبطت بالتصنيع والتحضر، ومختلف نماذج الإستهلاك الحديث، ومن أهم ذلك مرض الضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب، هذا بالإضافة إلى ما تشهده المجتمعات في السنوات الأخيرة من صور العنف والجرائم(الأمنية والإقتصادية)، الأمر الذي جعل الأفراد تحت وطأة القلق والضغوط المستمرة وعدم التوافق الصحي، الذي يشكل البيئة المؤهبة لإنتشار هذه النوعية من الأمراض.

ومن خلال التعبير الإحصائي يظهر أن هذه الأمراض المزمنة أصبحت تهدد حياة السكان في العالم وتحتل المراتب الأولى في مسببات الوفاة، حيث بلغ معدل الوفيات بسبب الأمراض المزمنة في المجتمعات المتقدمة والمصنعة 60%، أما بالنسبة للمجتمعات النامية فقد بلغ المعدل 40%، وتتوقع منظمة الصحة العالمية أن يرتفع العدد خلال سنة 2020 إلى ¾ من إجمالي الوفيات التي ستحدث بسبب هذه الأمراض. [1] وفي كثير من الأحيان يشترك أكثر من عامل واحد بغض النظر عن عامل الوراثة في إحداث هذه الأمراض في المجتمعات عموما، غير أن الأدبيات الخاصة بالأمراض المزمنة(ضغط الدم، السكري والقلب) ترجع عواملها المشتركة إلى الشيخوخة المبكرة للأفراد والجماعات، التحولات العميقـــة السوسيو-إقتصادية والثقافية التي تفرز ممارسات غير صحية كقلة الحركة والنشاط البدني وفي المقابل الإفراط في الأغذية المسمنة، ولا شك أن واقع الأمراض المزمنة المتمثلة أساسا في الضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب في المجتمع الجزائري، يختلف عما كان عليه الأمر في الماضي وعلى الأقل منذ العشرية السوداء 1990، لأن كل عشرية- على الأقل- في تاريخ المجتمع الجزائري الحديث إلا وحملت معها جملة من التغيرات، إنعكست على واقع الصحة عامة وإنتشار الأمراض المزمنة بوجه الخصوص، نظرا للإختلاف الكبير والمميز للأمراض في المجتمع الجزائري الحالي، وواقعها أثناء الوضع الكولونيالي أو في سنوات ما بعد الإستقلال، الأمر الذي يدفع للقول أن السياسة الصحية المنتهجة في سنوات ما بعد الإستقلال وبخاصة في سبعينيات القرن الماضي، قد هيمنت إلى حد بعيد على الوضع الصحي السائد وبشكل محدد الأمراض المعدية، غير أن المجتمع الجزائري الذي عرف طريقه إلى التحديث والعصرنة ومحاولة الرفع من مستويات المعيشة للأفراد والتقليل من نسبة الوفيات، قابلته من جهة أخرى جملة من التحولات السريعة أدت إلى بروز أنماط سلوكيات وممارسات وتمثلات تجاوزت

---

[1] Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Direction de la prévention,

Rapport du Séminaire Atelier d'élaboration du programme national de lutte intégrée contre

Les maladies non transmissibles, Op.cit,P5.

المستوى السياسي ذاته، هذا الذي ترك آثارا ثقيلة في مسألة التغيير وعصرنة المجتمع، ويبدو جليا أنه أخفق في تأطير هذه العصرنة، التي أدت مع مطلع التسعينيات حتى الوقت الراهن إلى بروز واقع صحي ومعيشي جديدين مشحونين بالضغوط الإجتماعية والنفسية، الناتجة عن السعي غير المنتظم من طرف الأفراد والأسر لمواجهة نمط الحياة العصري وحل همومه ومشكلاته المعقدة، إلى جانب تسلل العادات الغذائية الضارة والمسمنة، الأمر الذي قد يسرع بالدخول به في دوامة هذه الأمراض المزمنة.

وإستنادا إلى إحصائيات وزارة الصحة والسكان ونتائج بعض الدراسات الميدانية، إتضح أنه خلال بداية التسعينيات قدر معدل إنتشار الأمراض القلبية بـــ22.5%، وداء السكري بـــ6.9%. [1] أما خلال سنوات الألفينيات، فإن مرض الضغط الدموي كمرض مزمن وفي نفس الوقت كعامل خطر للإصابة بالأمراض القلبية، بلغ معدل إنتشاره 20%، أما بالنسبة لداء السكري فقد بلغ معدل إنتشاره ما بين 7 و8% لدى فئة السن 30-60 سنة. [2] ولقد أبرزت أيضا دراسة المعهد الوطني للصحة، أن معدل إنتشار الضغط الدموي بين أفراد العينة قدر بـــ39.30%، في حين قدر معدل إنتشار داء السكري بـــ18.50% من مجموع المستجوبين في سن يتراوح مابين 35 إلى 70 سنة. [3] وهذا ناهيك عن الحالات المرضية غير المكتشفة والغموض السائد حول التزايد المستمر لهذه النوعية من الأمراض، وبخاصة في الحضر -كما تشير الملاحظة اليومية- مقارنة بالمناطق الريفية، الأمر الذي يقود إلى التساؤل حول كيفية مواجهة واقع إنتشار هذه الظاهرة، التي تبدو كامنة غالبا في جسم الإنسان، مما يستوجب قراءة خاصة لما آل إليه الوضع الصحي في المجتمع الجزائري منذ أكثر من عقدين من الزمن، ومن خلال البحث السوسيولوجي العميق الذي يمكّن من الإقتراب أكثر من معرفة العوامل والمسببات الكامنة وراء إنتشار هذه النوعية من الأمراض المزمنة، وهكذا يمكن تأكيد الموقف السوسيولوجي تجاه تفسير وإستنطاق واقع الصحة والمرض المزمن في المجتمع الجزائري الحديث، بإعتبار أن واقع الصحة والمرض لا يمكن فهمهما حق الفهم إلا من خلال مراعاة وضعهما في السياق الإجتماعي مثلما يراعى السياق البيولوجي، ومعنى ذلك أن وجهة النظر الطبية قد تغيرت بالفعل وصارت تراعي الأسباب الإجتماعية، كما صار تعريف المرض تعريفا بيولوجيا وإجتماعيا، لهذا أصبح من البديهيات المعترف بها وجود علاقة ثابتة بين المتغيرات والظروف السوسيو-إقتصادية والثقافية التي يعيشها

---

(1) Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Institut national de santé publique, Transition épidémiologique et système de santé, Projet TAHINA, L'obésité chez l'adulte de 35 à70 ans en Algérie, Op.cit, P8 .

(2) Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Direction de la prévention, Rapport du Séminaire Atelier d'élaboration du programme national de lutte intégrée contre les maladies non transmissibles, Op.cit, P5.

(3) Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Institut national de santé publique, Transition épidémiologique et système de santé, Projet TAHINA, L'obésité chez l'adulte de 35 à70 ans en Algérie, Op.cit, P93 .

الفرد في محيطي المجتمع والأسرة وبقضيتي الصحة والمرض، وهذا على غرار المسببات الأخرى الطبية والبيولوجية، الأمر الذي يشكل محور إشكالية هذه الدراسة التي تهدف إلى تكريس الإهتمام بالمقاربة السوسيولوجية لتفسير إنتشار الأمراض في المجتمع، والمقصود بهذا الإهتمام جعل فهم صحة الفرد وحدة متكاملة جسمية، إجتماعية ونفسية مع مراعاة كافة الظروف المحيطة بحياته، طالما أن الظروف تؤثر في حالته الصحية وتتسبب فيما قد يصيبه من أمراض.

والحقيقة والواقع يؤكدان أن هذه العوامل غير الطبية، أي العوامل السوسيو-إقتصادية والثقافية في الغالب تعمل على توظيف هذه المعوقات الصحية بإستمرار ومع مرور الزمن، حيث تتيح الفرصة بشكل مباشر أو وسطي وعلى جوانب متعددة من حياة الأفراد للتعرض والإصابة بهذه الأمراض، خاصة وأنه أصبح معروفا طبيا عن هذه النوعية من الأمراض أنها تتأثر بالعوامل أو الظروف المعيشية المعقدة، والتي قد يشترك فيها الفقراء والأغنياء، وفي هذا الصدد فإنه من الواضح أن التحولات والتغيرات المتعددة الأبعاد التي عرفها المجتمع الجزائري، وبشكل محدد منذ فترة التسعينيات -كما سبقت الإشارة إليـــه- هذه الفترة التي تعتبر مرحلة سوداء كانت أقوى عنفا وأعمق تأثيرا من مقاومة صحة الفرد الجزائري لها، بسبب الخسائر البشرية والآثار المادية والسيكولوجية التي واجهها الفرد الجزائري، ضف إلى ذلك التغيرات التي حدثت لنمط الحياة بتفاصيلها المختلفة، كالعادات الغذائية الدخيلة والتدفق الذي لا نهاية له من صور المأكولات الدهنية، فهذا الواقع المفرط قد يتسبب في هذه الأمراض المزمنة بما يفرضه على الفقراء من سوء تغذية أو سوء مسكن، وأيضا بما يفرضه على الأغنياء لما يهيئ لهم من فرصة الإسراف في المأكل والمشرب والراحة، وقد تتأثر الحياة الأسرية بوضوح في حالة الإصابة بالضغط الدموي المرتفع، داء السكري وأمراض القلب وخاصة في عدم إتاحة المساعدة الإجتماعية وتوفيرها على المدى الطويل، فهناك من الشواهد ما يوضح أن بإمكان إضطراب نسق الأسرة أن يؤثر على كل من حدوث المرض ومجراه ونتيجته النهائية.

وبالتالي فالإطلاع ومعرفة كل ما يتصل بالفرد وأسرته قبل إصابته بالمرض بطبيعة الحال أمر لا مفر منه، لأن التقليل من حدة المرض المزمن والوقاية من مخاطره والعلاج الأمثل له، يكمن في تطبيق مبدأ الوقاية خير من العلاج في نظام الحياة اليومي، والجدير بالذكر أنه يحتمل وجود عدد أكبر من العوامل يرتبط بمسألة إنتشار هذه النوعية من الأمراض وقد تكون مجتمعة ومتفاعلة فيما بينها، ولهذا فإن مفهوم تعدد أسباب المرض هو موقف إبستمولوجي هام في دراسة الأمراض، فهو يطرح إتباع طرق متعددة للوقاية من إزمان المرض ومكافحته، وبهذا يتضح أن مسألة التقليل من شدة إنتشار الإصابة بهذه الأمراض المزمنة في المجتمع الجزائري، إنما هي مسألة شديدة التعقيد وتحتاج إلى بحوث سوسيولوجية عميقة عمق الظروف الصعبة والطويلة التي عايشها الفرد الجزائري، الأمر الذي يمكّن من إحداث تغييرات مستمرة في الأنماط المعيارية المختلفة لجوانب حياته الإجتماعية، الإقتصادية والثقافية، ومن هذا المنطلق هل يمكن إعتبار التغيرات المتعددة الأبعاد التي عرفها المجتمع الجزائري، هي التي عملت عملها مع مرور الوقت على مستوى الإنتقال الصحي السريع نحو هذه الأمراض المزمنة، أم أن وتيرة التغير الإجتماعي كانت تتسارع أكثر على غرار تسارع

تنمية الرعاية الصحية والوعي الصحي الوقائي في المجتمع؟ وإذا تم التدقيق أكثر فأكثر يمكن القول: هل أدت عوامل مثل الظروف المعيشية المتدهورة، التوسع في حركيات الإستهلاك المتعدد الأوجه، بروز ضروب من عادات التغذية السيئة والإفراط في المواد المسمنة منها، السمنة، نمط الحياة المتميز بالخمول وقلة الحركة، تدني مستوى الوعي الصحي الإجتماعي، الأحداث الإجتماعية والأسرية الأليمة التي خلفها العنف بكل أشكاله (وبخاصة الإرهاب) الذي عايشه الفرد الجزائري وضغوطاته المستمرة، ضغوط العمران؟، أم أن كل ما في هذا الأمر هو واقع مفرط يؤسس لمرحلة صحية جديدة تعاظمت وتراكمت عواملها، نتيجة نقص الرعاية الشاملة التي تقي من إنتشار الأمراض المزمنة كالضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى لم يحن الوقت لإستيعاب بأن المرض ظاهرة من صنع الفرد والأسرة والمجتمع.

وفي ضوء هذا الطرح الإشكالي العام يمكن بلورة جملة من التساؤلات هي كالآتي:

1- إلى أي مدى يؤثر التغير في عادات التغذية على إنتشار الإصابة بمرض الضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب؟ .

2- كيف يساهم تدني مستوى الوعي الصحي في إنتشار الإصابة بمرض الضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب ؟.

3- هل للمستوى المعيشي الأسري علاقة بإنتشار الإصابة بمرض الضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب ؟.

4- هل للحدث الإجتماعي الأليم تأثيرات في إنتشار الإصابة بمرض الضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب؟ .

الفرضيات :

من خلال التساؤلات المطروحة آنفا، قد إعتمدت هذه الدراسة الفرضيات التالية للإجابة عنها :

الفرضية الأولى:

التغير في عادات التغذية له أثر في إنتشار الإصابة بمرض الضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب .

الفرضية الثانية :

تدني مستوى الوعي الصحي يساهم في إنتشار الإصابة بمرض الضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب .

الفرضية الثالثة :

للمستوى المعيشي الأسري علاقة بإنتشار الإصابة بمرض الضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب .

الفرضية الرابعة :

الحدث الإجتماعي الأليم له تأثيرات في إنتشار الإصابة بمرض الضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب .

المطلب الثالث : تحديد المفاهيم والمصطلحات.

إن دراسة أي موضوع سوسيولوجي يستوجب من الباحث تحديد جملة من المفاهيم أو المصطلحات، التي يفرزها موضوع الدراسة خلال مرحلة تفكيكه، وحتى تكون دراسة علمية سليمة ودقيقة التحديد يتوجب إزالة الغموض والإلتباس على المفاهيم والمصطلحات المستعملة، ووفقا لذلك قد تم في هذه الدراسة تحديد المفاهيم والمصطلحات التالية :

1- الصحة :

لقد أقترحت عدة تعريفات للصحة من المنظور الطبي وكلها متضمنة خلو جسم الإنسان من المرض البارز عليه بشكل تام، وفي هذا الصدد يعرفها القاموس الطبي **Petit Larousse de la médecine** بأنها "الحالة الجيدة لقيام أجهزة ووظائف جسم الإنسان بأدوارها على أكمل وجه". [1] وهي كذلك " حالة التوازن النسبي لوظائف الأعضاء، والتي تنتج عن التكيف مع البيئة الضارة التي يتعرض لها الفرد ". [2] مما يبدو أن هذين التعريفين ضيقين للغاية ويمثلان وجهة نظر سلبية، ووفقا لذلك فإن إعتبار الصحة غياب للمرض البارز على جسم الإنسان يعني أن الأشخاص الذين لم يشعروا بالإعتلال ولا تظهر لديهم الأعراض المرضية عند إجراء التشخيص الطبي بأنهم أصحاء ولا يعانون من أي إعتلال صحي، وهنا تبرز أهمية الحاجة إلى مفهوم الصحة بشكل جامع مانع، الأمر الذي يتحقق من منظور منظمة الصحة العالمية حيث ركزت على أن "الصحة هي حالة من الكفاية الجسدية والنفسية والعقلية والإجتماعية وليست مجرد الخلو من الأمراض". [3] ومن هذا المفهوم يظهر أن الصحة السوية ليست المرض الظاهر وغير الظاهر وإنما الصحة تحمل أبعاد عديدة من أهمها :

- البعد الجسمي أو البدني ويتعلق هذا البعد بجسم الإنسان أي أن يكون سليما جسديا .
- البعد النفسي والعقلي وفي ذلك يكون الفرد يتميز بصحة نفسية وعقلية معا .
- البعد الإجتماعي ويعني مدى توافق الفرد مع بيئته الإجتماعية التي يعيش فيها .
- البعد الأخير وهو الخلو من المرض تماما .

ومن هذه التعريفات يمكن التمثيل لمفهوم الصحة بأنه صورة شاملة ترتبط بصحة الأفراد والجماعات مع تغلبهم على العوامل التي يتعرض لها جسمهم ونفسيتهم داخل المجتمع .

ومن خلال ما سبق، يمكن تقديم التعريف الإجرائي الذي تعتمده هذه الدراسة وهو أن الصحة تعني

---

(1) Yves Juvain, Partrick Roux, Petit Larousse de la médecine, Distributeur Messageries ADP, Montréal,Canda, 2eme Edition, 2002, P 822.

(2) William.C. Cockerham, Medical Sociology, Pearson prentice hall, University of Alabama at birmingham, Birmingham, Tenth edition, 2007, P 7.

(3) Idid, P 7.

التكامل المنشود من حيث تمتع الفرد باللياقة البدنية، وتمتعه بالإستقرار النفسي والعقلي، وتمتعه بالقدرة على التكيف الإجتماعي في داخل المجتمع، وبتحقيق هذا التكامل يمكن للفرد مواجهة مشكلات الحياة الحديثة بل يتعدى ذلك إلى قدرته على التصدي لمخاطر الإصابة بأمراض هذا النمط الجديد من العيش كالضغط الدموي، السكري وأمراض القلب، وهذا باعتبار أن الصحة ذات طابع مركب ومتداخل الأبعاد، ولأن الإنسان يعيش في محيط ومجتمع تؤثر عليه جميع العوامل، وفي مختلف أدوار حياته المتعاقبة، فمن الصعب عليه الوصول إلى الصحة الكاملة .

2- المرض :

يعرف المرض من وجهة النظر الطبية على أنه "إعتلال يصيب جسم الإنسان وصحته ويتضح هذا الإعتلال عادة من خلال الأعراض المرضية الإكلينيكية، سمات وعلامات المرض، ويكون ذلك في شكل تطوري يؤدي إلى عجز وظائف الجسم عن عملها ويتطلب العلاج".[1] ويعرف المرض أيضا بأنه " حالة عدم قيام جسم الإنسان بأنشطته المعتادة".[2] ومن الجدير ذكره أن الأمراض تصنف على ضوء العديد من الأسس العلمية غير أن هناك صنفين مهمين عن غيرهما، صنف يتعلق بالأمراض المعدية وغير المعدية وصنف آخر يتعلق بالأمراض غير المعدية ولكنها تتميز بصفة الإزمان أي الأمراض المزمنة.[3] وترتبط صفة الإزمان هذه بمقاومة الجراثيم للعلاج أو بإضطراب مناعي يجعل المرض يتطور بشكل غير محسوس عبر الأشهر والسنوات.[4] **وهذه النوعية من الأمراض أي المزمنة** هي البيت القصيد في هذه الدراسة كما هو الحال بالنسبة لمرض الضغط الدموي، داء السكري، وأمراض القلب. ولعل الأمر الذي يلفت الإنتباه هو أن هذه الأمراض لا ترتبط فقط بطبيعة الجسم ومناعته بل ترتبط أيضا بظروف وعوامل البيئة التي يعيش فيها الإنسان، الأمر الذي يستوجب دائما التشخيص والعلاج المستمرين.[5] وبما أن التعريفات المتعلقة بمفهوم المرض الحديث أصبحت تحكمها وتحددها إعتبارات إجتماعية بالدرجة الأولى، حيث النوع والسن والظروف الأسرية والطبقة الإجتماعية جميعها عوامل تلعب دورها البارز في تحديد هذا المفهوم، فإنه من الأجدر تقديم **المفهوم الإجتماعي للمرض** الذي يقصد به غالبا "حالة إجتماعية يضم تغييرا في السلوك وهو ظاهرة إنسانية تختلف بإختلاف الثقافات، ففي حين أن المرض بمعناه البيولوجي يحدث مستقلا عن المعرفة والتقييم الإنساني الإجتماعي، والمرض بهذا المعنى ينشأ ويتطور عن طريق هذه المعرفة والتقييم الإجتماعي".[6] وفي هذا السياق قد ركز بعض الباحثين ومن هؤلاء "براون" على الدلالات الإجتماعية

---

(1) Yves Juvain, Partrick Roux, Op. cit, P 559.

(2) George Elliot,Mishler and al, Social contexts of health, Illness and patient care, Published by th press syndicte of the university of Combridge, Combridge, 1981, P3.

(3) M.Lacombe,J. P. Monceaux, A.Harlay, Lexique de Termes Médicaux avec lexique, Etymologique ,Edition Larmarre, Paris, 1987, P 67.

(4) Larousse Medicale, Edition larousse, Paris, 2000, P 205.

(5) M.Lacombe,J. P. Monceaux, A.Harlay, Op.cit, P 67.

(6) الوحيشي أحمد بيري، عبد السلام بشير الدويبي، مقدمة في علم الإجتماع الطبي، الدار الجماهرية للنشر والتوزيع والإعلان ، ليبيا، 1989 ، ص 59 .

والثقافية للمرض وحتى الخلفية الإجتماعية له، وهذا يعني أن المرض له جذور ضاربة في أعماق المجتمع من حيث الدلالة والتعامل والأسباب، أي المرض ظاهرة من صنع المجتمع تتأثر بشكل مستمر بالواقع الإجتماعي. [1] أما عالم الإجتماع "تالكوت بارسونز" "**Talcott Parsons**" في إطار دراسته السوسيولوجية لدور المريض فقد أشار إلى أن مفهوم المرض يعني إنحرافا بيولوجيا أو إجتماعيا لأدوار الأفراد بوجه الخصوص عن المعايير المتعارف عليها.[2] وبذلك يعتبر "تالكوت بارسونز" أول من عالج المرض من وجهة النظر السوسيولوجية، وفسر معنى المرض كإنحراف، بإعتباره ظرفا غير مرغوب فيه بالنسبة للشخص المريض حيث يؤدي إلى عدم راحته وإضطراب دائم أو مؤقت في وظائفه الإجتماعة والبيولوجية، وكذلك الحال بالنسبة للمجتمع، إذ يعني المرض إنقاص من قدرات الجماعة الإجتماعية أو النسق الإجتماعي، وفي هذه النقطة بالذات يرى أصحاب النظرية الوظيفية أن المرض يعتبر خلل وظيفي يهدد إستقرار النسق الإجتماعي العام. [3] ومن خلال هذه التعاريف السابقة يمكن تعريف المرض إجرائيا بأنه ظاهرة بيولوجية وإجتماعية في آن واحد وتعكس واقع إجتماعي معين، يمكن أن يكون المرض مؤقتا كما يمكن أن يكون مستمرا ومزمنا كما هو الحال بالنسبة لمرض الضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب، كأمراض تصاحب الشخص حتى الوفاة .

3- العادات الغذائية :

نظرا لصعوبة إيجاد تعريفا وافيا للعادات الغذائية فإنه يكون من المفيد توضيح تصور بعض الأعلام الكبار في علم الإجتماع الذين حاولوا البحث في الأصول الإجتماعية للأنماط الحياتية والعادات في علاقتها بالصحة والمرض ومن هؤلاء "بيار بورديو" "**Pierre Bourdieu**"، الذي يعتقد أن العادات كأصل لهذا المفهوم هي "كل الإستعدادات أو الميولات اللا شعورية والخطط التصنيفية مفترضا الأفضليات أو التميزات التي هي واضحة في إحساس الفرد بذوقه اللائق والمناسب والصحيح بالنسبة للسلع الثقافية والممارسات (الفن والمطاعم والعطلات والهويات ...).[4] وهنا يكون تصور "بورديو" مهما جدا لمعرفة إرتباط إنتاج العادات والممارسات والأفعال بالبناء الإجتماعي وكيفية إعادة إنتاجه. كما تعرف العادة في معجم علم الإجتماع الذي حرره "دينكن متشيل" بأنها " التصرفات الروتينية للحياة اليومية أو الأحكام الداخلة ضمن الروتين أو النماذج الحضارية المستمدة من التصرفات المتكررة".[5] وتتكون كذلك من أنواع السلوك التي تعبر عن تكيف الفرد للوسط الذي يعيش فيه وقد تتطور تلك العادة لتصبح عادة إجتماعية أو سلوكا

---

(1) عبد السلام بشير الدويبي، علم الإجتماع الطبي، دار الشروق، الأردن، ط1، 2005، ص 51 .

(2) **Caroline Cox, Adrianne Mead, A Sociology of medical practice, Collier–Macmillan ,London, 1975, P13.**

(3) نادية عمر، العلاقات بين الأطباء والمرضى، دراسة في علم الإجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1993، ص-ص 55-56.

(4) مايك فيزرستون، ثقافة الإستهلاك وما بعد الحداثة، ترجمة: فريال حسن خليفة، مكتبة مدبول، القاهرة، 2010، ص 186 .

(5) دينكن متشيل، معجم علم الإجتماع، ترجمة: إحسان محمد الحسن، دار الطليعة للطباعة والنشر، بيروت، ط2، 1986، ص 70 .

إجتماعيا.[1] وبناء على ذلك يمكن الإنتقال إلى التعريف الإجرائي للعادات الغذائية، الذي تعتمده هذه الدراسة والذي يعني ذلك التغير المنتج للعادات والسلوكات الغذائية وكل الممارسات الغذائية، التي تعكس التوجه الحديث نحو الإستهلاك المفرط والكثيف وغير المنتظم للوجبات الغذائية الغنية بالدهنيات، الكلسترول، السكر المكرر وملح الطعام، هذا إلى جانب عادات الطهو غير الصحية والإكثار من تناول الأطعمة العصرية والدخلية على المجتمع، وبخاصة في المطاعم المتواجدة في الشوارع، وجميع العادات الغذائية التي باتت تمثل سمة من سمات هذا العصر، وتصنف ضمن عوامل الإختطار التي تؤدي إلى الإصابة بالسمنة وما يصاحبها من أمراض مزمنة كالضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب.

4- الوعي الصحي :

قبل الدخول في تفاصيل مفهوم الوعي الصحي، يفترض بداية تحديد معنى كلمة الوعي والتي يقصد بها " إدراك الفرد لنفسيته وللبيئة المحيطة به، وهو على درجات من الوضوح والتعقيد، والوعي بهذا المعنى يتضمن إدراك الفرد لنفسه ولوظائفه العقلية والجسمية وإدراكه لخصائص العالم الخارجي وأخيرا إدراكه لنفسه بإعتباره عضو في جماعة".[2] وفي هذه النقطة الأخيرة بالذات يرى "دور كايم " أن كلمة الوعي قد ترتبط بالإعتقاد والإحساس المشترك لدى الفرد والجماعة ضمن المجتمـــع الواحد.[3] وفي هذا السياق يظهر معنى الوعي الواسع من وجهة النظر السوسيولوجية أنه يمثل إدراك يكون على مستوى الفرد أو على مستوى الجماعة.[4]أما بالنسبة لمفهوم الوعي الصحي فيقصد به " إلمام أفراد المجتمع بالمعلومات والحقائق الصحية وإحساسهم بالمسؤولية نحو صحتهم وصحة غيرهم من خلال الممارسة الصحية عن قصد نتيجة الفهم والإقتناع لتحويل تلك الممارسات إلى عادات تمارس لا شعوريا أو بلا تفكير".[5] وبمعنى آخر الوعي الصحي هو ذلك الهدف المنشود الذي ينبغي على كل فرد السعي والتوصل إليه للحفاظ على الصحة وليس مجرد إكتساب معلومات صحية وثقافة صحية فقط.[6] وعليه يعبر مفهوم الوعي الصحي في هذه الدراسة عن مدى إكتساب الأفراد للأفكار والمعلومات الصحية وإدراكهم الواعي للممارسات والسلوكيات الوقائية التي باتت أكثر من ضرورية مع تغير نمط الحياة نحو العصرنة، ومن ذلك تجنب الإفراط في تناول الطعام الدسم أو ممارسة الرياضة أو ترك التدخين أو مواجهة أحداث الحياة والتكيف معها إيجابيا ، والقيام بكل ما يهدف إلى تفادي الإصابة بالأمراض العصرية المزمنة كالضغط الدموي، داء السكري، وأمراض القلب، ولا

---

(1) يوسف إبراهيم المشني، علم الإجتماع الطبي، دار المستقبل للنشر والتوزيع، الأردن، ط1، 2000، ص 197.

(2) إبراهيم مذكور، معجم العلوم الإجتماعية، الهيئة المصرية العامة للكتاب، الإسكندرية، 1975، ص 644 .

(3) **Raymond Boudon et autres, Dictionaire de sociologie, Bussiere Groupe CPI, France, 2005, P 45.**

(4) **Ibid, P45.**

(5) أحمد محمد بدح، أيمن سليمان مزاهرة، زين حسن بدران، الثقافة الصحية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الأردن ، ط2 ، 2011، ص15.

(6) منال جلال محمد عبد الوهاب، أسس الثقافة الصحية، مكتبة الرشد للنشر والتوزيع، المملكة العربية السعودية، ط1، 2004، ص 18.

تتحقق هذه الممارسات الوقائية إلا من خلال تكامل وتفاعل الوعي الصحي لدى الأفراد والأسر والمجتمع الكلي.

5- الثقافة الصحية :

إن الثقافة الصحية كمفهوم منفرد عن الصحة حسب التعريف المشهور للعالم الأنثربولوجي الإنجليزي "تايلور" تعني ذلك الكل المركب من المعتقدات والأفكار والقيم والعادات والمعارف والفنون والأديان والأخلاق وجميع المهارات التي يكتسبها الفرد من مجتمعه.[1] كما تعرف الثقافة أيضا بأنها "كيفية وطبيعة السلوك الفردي والجماعي للفرد والمجتمع وطريقة العيش والتعلم وقواعد ثقافة المجتمع التي تتمثل في العادات والتقاليد والقيم والأعراف والموضات إلى جانب الإرث الحضاري المادي".[2] ومن هذين التعريفين الواسعين يبدو أن الصحة تمثل جزء لا يتجزأ من العناصر المكونة لمفهوم الثقافة عامة، ومن الصعب الفصل بين الثقافة والصحة بإعتبار أنهما مظهران لشيء واحد، غير أنه يمكن تحديد أكثر مفهوم الثقافة الصحية الذي يعني أنها " عملية لترجمة الحقائق الصحية المعروفة إلى أنماط سلوكية صحية سليمة على مستوى الفرد، الأسرة والمجتمع، بهدف تغيير الإتجاهات والعادات السلوكية غير السوية، وكذلك مساعدة الفرد على إكتساب الخبرات وممارسته العادات الصحية الصحيحة".[3] كما تعني الثقافة الصحية " تقديم المعلومات والبيانات والحقائق الصحية التي ترتبط بالصحة والمرض لكافة الأفراد".[4] وبعد عرض هذه النظرة حول الثقافة الصحية يمكن عرض هذا المفهوم من وجهة نظر هذه الدراسة، حيث يقصد بالثقافة الصحية تلك المكونات والعناصر المرتبطة بمقدار توافق الفرد إيجابيا في النواحي الصحية والمرضية، كما هو الحال بالنسبة لإمتلاكه وإكتسابه للمعلومات والأفكار النظرية وتطبيقاتها الخاصة بالحفاظ على الصحة والوقاية من الأمراض المزمنة، هذا إلى جانب إكتساب الثقافة الغذائية وكيفيات التعامل مع أحداث الحياة الضاغطة مـــــن جهة، ومن جهة أخرى مدى إيمان كل فرد في الأسرة والمجتمع وتطبيقه في أرض الواقع بإرادته وقدرته للإجراءات الوقائية في نظام الحياة اليومي، ولا تتضح هذه العناصر والمؤشرات أكثر من حيث التأثير ضمن الإطار الثقافي في النواحي الصحية والوقائية إلا إذا برزت فعاليتها على المستوى الشخصي والأسرة والمجتمع.

6- السلوك الصحي الوقائي:

يمكن في البداية تعريف السلوك الصحي بأنه "ذلك النشاط الذي يقوم به الشخص إيمانا منه أن يهدف إلى الوقاية من المرض ومثال على ذلك تجنب تناول الطعام الدسم خوفا من الكلسترول، أو ممارسة الرياضة لإنقاص الوزن، أو ترك التدخين للوقاية من السرطان، وهكذا بينما نجد أن السلوك المرضي هو

---

(1) **Raymond Boudon et autres, Op.cit, P 54 .**

(2) قدري الشيخ علي، سوسن جورج سمور، ماري زايد حداد، علم الإجتماع الطبي، مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع،الأردن، ط1، 2011، ص 128.

(3) أحمد محمد بدح، أيمن سليمان مزاهرة، زين حسن بدران، المرجع السابق، ص 15.

(4) منال جلال محمد عبد الوهاب، المرجع السابق، ص 17.

ذلك السلوك الذي يقوم به الشخص عند الشعور بالمرض من أجل تعريف المرض والبحث عن التخلص منه، ومثال على ذلك الراحة التامة في الفراش وتناول الأدوية من أجل التخلص من المرض ".[1]

أما السلوك الصحي الوقائي الذي تقصده هذه الدراسة فهو ذلك السلوك السليم النابع من إرادة الشخص، والذي يهدف إلى تغيير المفاهيم الخاطئة عن الصحة والمرض المزمن المتبعة في نظام الحياة الجديد، ومحاولة التعرف على مخاطر الأمراض المزمنة وإتباع سبل الوقاية منها قبل الإصابة بها كما هو الحال بالنسبة لإتباع نظام غذائي متوازن، الرفع من مستوى الوعي الغذائي، تفادي مشكلة السمنة، محاولة التكيف مع أحداث الحياة بشكل طبيعي، ممارسة النشاطات البدنية، محاولة رفع مستوى الثقافة والوعي الصحي العام وهذه جميعها سلوكات صحية ووقائية تمثل العمليات الممكنة التي تندرج ضمن المستويات الوقائية الأولية، أي قبل حدوث الإصابة بالمرض المزمن كالضغط الدموي المرتفع، داء السكري وأمراض القلب .

7- المستوى المعيشي :

يعتبر المستوى المعيشي معيارا هاما لصحة الفرد الأسرة والمجتمع، وبالرغم من أهمية هذا المعيار الإقتصادي في قياس متغيري الصحة والمرض، إلا أنه ليس هناك تعريفا واضحا وشاملا يمكن الإعتماد عليه في توضيح أبعاده ونتائجه الصحية والمرضية، ومع ذلك وردت تعريفات واسعة وعامة كما هو الحال بالنسبة للتعريف الذي قدمه "إبراهيم مذكور" في معجم العلوم الإجتماعية والذي يعني " الظروف المعيشة التي تتوفر فيها شروط معيشية متفق عليها كحد أدنى للتغذية أو للأجور أو التعليم، ويتوقف مستوى المعيشية على أنواع السلع الإستهلاكية وكمياتها وظروف العمل وأوقات الفراغ".[2] وبناء على هذا التعريف يمكن إظهار الأهمية الكبرى التي تكمن وراء معرفة الصلة الوثيقة الموجودة بين المستوى المعيشي والحالة الصحية عامة والإصابة بالأمراض المزمنة بوجه الخصوص كالضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب، وذلك من خلال مفهوم هذه الدراسة الإجرائي الذي يشتمل على بعض المؤشرات الهامة التي يقوم على أساسها المستوى المعيشي للأفراد والأسر على حد سواء، ومن أهم ذلك مؤشر إنخفاض مستوى الدخل الشهري الأسري الذي يعكس من جهة الفقر وما يفرزه من حرمانات مادية مولدة لضغوطات يومية، المطامح الواسعة التي لا تجد طريقا لتحقيقها غالبا، فرض إضطرابات التغذية وتناول الأغذية المنخفضة الثمن والمسمنة، ومن جهة أخرى فإن إرتفاع مستوى الدخل الشهري الأسري يؤدي هو الآخر إلى صراعات مادية ضاغطة ويفتح المجال للصرف والإفراط في تناول المواد الغذائية المسمنة أيضا، وإلى جانب وفرة الراحة بإستخدام الوسائل الحديثة، وهذه جميعها مسببات باتت تشكل عوامل خطر هامة تساهم في إنتشار الأمراض المزمنة، كما أن مؤشر السكن وما يرتبط به من مشكلات أسرية وعلائقية يمكن أن ينعكس في شكل توترات وإضطرابات أسرية تمثل مصدرا آخر من مصادر الضغوط التي يفرزها المستوى

---

[1] عايد الوريكات، علم الإجتماع الطبي، دار وائل للنشر والتوزيع، الأردن، ط1،2010، ص 102.

[2] إبراهيم مذكور، المرجع السابق، ص 543 .

المعيشي وتساهم بشكل مباشر أو غير مباشر في إصابة الأفراد بأمراض مزمنة كالضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب .

8- الأسرة :

لا يوجد لإصطلاح الأسرة تعريف ومعنى موحد متفق عليه من طرف علماء الإجتماع ومع ذلك حاول بعض الباحثين تعريفها سوسيولوجيا مثل ما فعل "برجس ولوك" حيث عرفا الأسرة بأنها " جماعة من الأفراد تربطهم روابط قوية ناتجة من صلات الزواج، الدم والتبني، وهذه الجماعة تعيش في دار واحدة وتربط أعضائها الأب، الأم والأبناء علاقات إجتماعية متماسكة أساسها المصالح والأهداف المشتركة".[1]

ولقد عرفها أيضا الباحث "مصطفى بوتفنوشت" " **Mustapha Boutefnouchet**" على أنها وحدة أساسية يتكون منها التركيب الإجتماعي وتشتمل على رجل أو عدد من الرجال يعيشون زواجيا مع إمرأة أو عددا من النساء، ومعهم الأبناء الأحياء وأحيانا أقارب آخرين وكذلك الخدم.[2] وما يمكن إضافته إلى هذين التعريفين هو أن الأسرة توجد في كل المجتمعات بأنماط مختلفة غير أن هناك نمطين معروفين أكثر وهما الأسرة الممتدة(الكبيرة) والأسرة النووية(الصغيرة)، ونظرا لأن الأسرة تعتبر وحدة أساسية تلعب دورا بارزا في مسألة الرعاية الصحية الشاملة والوقاية من الأمراض المزمنة، وبما أن كثيرا من العادات الصحية تمثل سلوكيات تغرس في النفوس من خلال هذه الوحدة الأولية، إلى جانب الكثير من الإضطرابات العلائقية والمشكلات المادية التي يمكن أن تزعزع صحة كيانها وصحة أعضائها، كل ذلك يشكل ضغوطات حقيقية وأوضاعا صحية مضطربة تساهم في ظهور أمراض مزمنة لا محال، بخاصة في ظل نمط الحياة العصري الجديد والتوجه نحو بناء الأسرة الزواجية، لذلك وبهذا المفهوم تأخذ هذه الدراسة الأسرة الجزائرية الحالية بشكليها أو نمطيها الممتدة (الأجداد، الأباء، الأمهات، الأبناء) أو النواتية (الزوج، الزوجة، الأبناء)، والمهم من كل ذلك أن يكون عايش وشهد أحد أعضائها مرضا مزمنا من أمراض العصر كالضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب، كما يكون قد تأثر أفرادها بالأوضاع المعيشية والصحية الحقيقية التي عايشوها في وسطها كالمشكلات المادية والسكنية، إضطراب العلاقات، إضطراب في عادات التغذية، تدني مستوى الوعي الصحي الأسري، وما إلى ذلك مما يشكل البيئة الأسرية المؤهبة لظهور هذه النوعية من الأمراض المزمنة.

9- الحدث الإجتماعي الأليم:

في البداية لا بد من الإشارة إلى أن مفهوم الحدث الإجتماعي الأليم لم يرد في شأنه تعريف محدد وشامل وإنما تم إستخدامه بصيغ لغوية مختلفة لدى العديد من الدارسين، كما هو الحال بالنسبة للحدث الإجتماعي الضاغط، حدث الحياة المؤسف...الخ، غير أن المعنى العام لهذا المفهوم يصب في كون الفرد مهما طالت حياته الإجتماعية، فإنه يتعرض لأحداث حياتية يمر بها أينما كان، وقد تكون هذه الأحداث طبيعية

---

[1] دينكن متشيل، المرجع السابق، ص 97.

[2] **Mustafa Boutefnouchet, La famille Algerienne, Evolution et caractéristiques Récentes, Société nationale d'édition et de diffusion, Alger, 2eme édition, 1982, P19.**

غير مقصودة أو بيئية إجتماعية وأسرية مقصودة، ومثل هذه الأحداث تتفاوت في حدتها ودرجة تأثيراتها على صحة الأفراد وحسب إستجاباتهم للضغوط التي تفرزها، لذلك ظهرت تقسيمات عديدة لهذه النوعية من الأحداث، من أبرزها تلك التي حصرها الباحث "يعقوب يوسف الكندري" في كتابه الثقافة والصحة والمرض ، وحسب معدل الضغط الإجتماعي والنفسي الذي ينعكس على الوضع الصحي النفسي والجسمي للفرد، ويؤدي إلى إصابته بكثير من الأمراض المزمنة كالضغط الدموي داء السكري وأمراض القلب .

ومن أبرز الأحداث الإجتماعية الأليمة والتي تشتمل على أعراض ضاغطة بدرجة كبيرة هي الوفاة أو فقدان شخص عزيز، الطلاق أو الإنفصال، الصراعات أو الخصومات الأسرية، التعرض لإضطهاد ديني أو سياسي، الحروب، صعوبات مادية و غيرها من الأحداث المؤثرة، والتي تؤدي إلى صدمات نفسية وإجتماعية عنيفة وتفرز إنفعالات وضغوطات شديدة، بإمكانها أن تحدث تغيرات فيزيولوجية يتعرض الفرد بعد حدوثها أو تكـــــرار حدوثها أو معايشتها بشكل مستمر إلى الإصابة بالمرض، وفي بعض الأحيان تؤدي إلى الوفاة.[1] وفي هذا الصدد ونظرا لعدم وجود تعريف شامل مانع لمفهوم الحدث الإجتماعي الأليم -كما سبقت الإشارة إليه- فإن هذه الدراسة ترى بأنه يعني كل ما يصيب الفرد أو يتعرض له من أحداث إجتماعية أليمة تفرز ضغوطا مؤثرة في صحة الفرد النفسية والجسمية، وفي إطار بيئته الإجتماعية أو الأسرية وسواء حصل ذلك على مستوى المجتمع الكلي، أي بسبب حدث أليم مر به المجتمع وأفرز إضطرابا في نظام الحياة اليومي، أو أضر بسلوكيات وصحة الأفراد في المجتمع، ومثال ذلك ما أفرزه حدث الإرهاب في المجتمع الجزائري (وفاة، قلق شديد، رعب، هلع، هجرة إضطرارية، تغير في عمل ...)، أو حصل بسبب ما يعيشه الفرد في محيطه الأسري من فقدان أو وفاة لقريب، مرض أحد أعضاء الأسرة، الطلاق، صراعات زوجية دون طلاق، صراعات مادية، صعوبات مادية، إضطرابات العلاقات الأسرية ...الخ، وهذه الأحداث الإجتماعية الأليمة تعيق تكيف الفرد مع البيئة التي يعيش فيها، الأمر الذي يجعل الفرد يتألم ويتعرض لضغط قد يكون مستمرا يجهد قدراته الفيزيولوجية على تحمل المتاعب، وبخاصة في حالة وفاة أحد أعضاء الأسرة القريب جدا مما يؤدي إلى الإجهاد الجسمي والنفسي، فضلا عن العجز عن أداء الأعمال والأدوار الإجتماعية وكل ما يؤدي إلى تعرض الفرد أكثر للإصابة بالأمراض المعروف عنها أنها تتأثر بمثل هذه الأحداث، وتمثل الإستجابات الجسمية للضغوط الإنفعالية والتي تشكل إضطرابات جسمية كالضغط الدموي المرتفع، السكري وأمراض القلب، وهذا خاصة مع زيادة الضغوط في هذا العصر وتأثيرات المحيـــط

---

[1] يعقوب يوسف الكندري، الثقافة والصحة والمرض، رؤية جديدة في الأنثروبولوجيا المعاصرة، مجلس النشر العلمي، الكويت، 2003، ص-ص 231-241 .

* أمراض العصر المزمنة مصطلح أطلقه الباحثون مؤخرا على مجموعة من الأمراض لم يعرفها الإنسان بشكل كبير منذ زمن بعيد، ولكنها نتاج معاصر ومستحدث نتيجة عوامل مستحدثة، أيضا إرتبطت بالتغير الإجتماعي الذي أفرز ظاهرة القلق وتفكك العلاقات الإجتماعية وعوامل أخرى إجتماعية، سلوكية ونفسية...الخ، وقد عددت تقريرات لمنظمة الصحة العالمية جميع الأمراض التي تندرج ضمن مصطلح أمراض العصر ومنها الضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب.

الضاغطة، الأمر الذي أفرز تسمية هذه النوعية من الأمراض بالأمراض العصرية المزمنة.*

المطلب الرابع : تحديد مجتمع البحث .

قبل إجراء أي بحث في الحقل السوسيولوجي ينبغي تحديد مجتمع هذا البحث تحديدا دقيقا وسليما يتناسب مع الوحدات المختارة المطلوب جمع المعلومات عنها، فهذا الإجراء يمثل أهم الخطوات الرئيسية للقيام بالدراسة الميدانية، الأمر الذي يتوقف على حجم العينة وعلى مدى التقارب الموجود بين العينة والمجتمع الأصلي، وفي هذا السياق يشير مفهوم مجتمع البحث حسب الباحث "موريس أنجرس" " **Maurice Angers**" إلى جميع المكونات التي تشكل خاصية أو مجموعة من الخصائص المشتركة التي تميزها عن غيرها من الخصائص الأخرى المراد دراستها في البحث.[1] وهذا يعني أن الباحث من الصعب عليه القيام بحصر كامل لكل أفراد مجتمع بحثه، لذلك يلجأ إلى أسلوب أخذ العينة المختارة بطريقة منهجية تتوافق مع طبيعة موضوع البحث وتمكنه من الوصول إلى نتائج لها قسط من التمثيل، لكن رغم ذلك يواجه الباحث عدة صعوبات عند إعتماده على أسلوب العينة، منها ما يتعلق بالحصول على قاعدة بيانات أو قائمة أسماء المبحوثين أو الإحصائيات الكاملة والدقيقة لإستخراج وتأسيس العينة، إلى جانب الصعوبات الأخرى المتعلقة بمدى تمثيل عناصرها ودقة نتائجها.[2]

وحقيقة قد ظهرت هذه الصعوبات المذكورة آنفا عند الشروع في تحديد مجتمع البحث المراد دراسته، حيث بدا أن دراسة موضوع الأمراض المزمنة (الضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب) من الموضوعات الأكثر تعقيدا، فكان من الصعب تطبيق بعض الأساليب المنهجية كالملاحظة بالمشاركة، الإتصال بالمبحوثين في مسكنهم الأسري للإطلاع على أوضاع المعيشة والممارسات غير الصحية التي ساهمت بشكل مباشر في إصابتهم بالمرض، الأمر الذي جعل الإقتراب من المبحوثين المرضى بالمستشفى الجامعي مصطفى باشا الذين يزورون المستشفى للعلاج والماكثين بمصلحتي أمراض القلب والسكري كأسلوب أختير لإجراء الدراسة الميدانية.

بالإضافة إلى ما سبق ذكره فإن كبر حجم المجتمع الإحصائي أي كثرة عدد المرضى المصابين بمرض الضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب، وإنعدام قائمة المرضى المراد الوصول إليهم مباشرة وكذا القاعدة الإحصائية الدقيقة لهؤلاء، إلى جانب طبيعة الموضوع الذي يفرض إجراءات وإحتياطات طبية وسيكولوجية، فهذه جميعها عوامل حالت دون تطبيق العينة العشوائية وغيرها من العينات الإحتمالية، ونتيجة لذلك قد إنصب الإختيار على العينة العمدية أو القصدية، والتي تتلائم وتتناسب مع أهداف الدراسة وأغراضها المحددة سالفا، وتعني العينة القصدية إختيار كيفي من قبل الباحث للمستجوبين إستنادا إلى

---

(1) Maurice Angers, Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines, Casbah université, Alger,1997, P 226.

(2) Madeleine Grawitz , Méthodes des sciences sociales, Edition Dalloz, Paris, 10eme édition 1996, P 492.

أهداف بحثه ولا يتم إختيار المبحوثين من خلال الجدول العشوائي.[1] وهذا يعني أن هذه العينة لا تعطي نفس الفرص للمفردات المختارة، الأمر الذي أكده أيضا "موريس أنجرس" "**Maurice Angers** " حيث كشف بأن اللجوء إليها في حالة صعوبة إستخراج العينة، وهي عينة غير إحتمالية تتضمن محدودية في إختيار وحداتها.[2] وعليه تكون هذه العينة موجهة ومقصودة من طرف الباحث، حيث تقوم على تقارب أجزاء أو أفراد المجتمع المراد دراسته.

ومهما يكن نوع العينة فإن الأمر لا يخرج عن مراعاة المدة الزمنية الكافية، الإمكانات والوسائل الكافية، المواصفات والتمثيل، طبيعة الموضوع.[3] وهذه شروط فرضت نفسها في هذه الدراسة لإختيار هذا النوع من العينات، التي تتناسب مع طبيعة الموضوع والفراغ الإحصائي لعدد المرضى المصابين بالمرض المزمن، بالإضافة إلى جانب الثغرات المسجلة على مستوى ملفات المرضى وتجاهل الحالات غير المكتشفة في المجتمع، ولهذا تم العمل وبطريقة مقصودة مع المبحوثين المرضى المصابين بالأمراض المزمنة (مرض الضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب)، والذين كانوا يعالجون في المستشفى الجامعي مصطفى باشا في مصلحتي أمراض القلب والسكري.

أما بالنسبة للإطلاع على ملفات المرضى فإنه على الرغم من إظهار رخصة البحث إلا أن الصعوبات والعراقيل حالت دون الإطلاع عليها، ما عدا المعلومات الطبية التي تسجل يوميا للمريض، وهذا عامل آخر أكد الإعتماد على قصد المبحوثين مباشرة وإستجوابهم بالطبع بعد التعريف بالهوية كباحث وإرتداء المئزر حتى يشعر المريض بالراحة ويدلي بالمعلومات حول أسباب مرضه، وهذا إلى جانب مراعاة الأوقات المناسبة لإجراء عملية الإستجواب، ومن خلال تطبيق العينة القصدية جاء حجم عينة هذه الدراسة وبالأحرى تم التوصل إلى عدد يتكون من 440 مبحوث ممن يعانون من مرض الضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب، وتم إستبعاد عدد معتبر يقارب 30 مريض لأسباب موضوعية كرفض الإستجواب أو سوء الحالة الصحية، والغياب عن مواعيد العلاج أو إنقطاع الإستجواب بسبب وصول دور المريض...الخ .

وللإشارة فإن مصلحتي أمراض القلب والسكري بمستشفى مصطفى باشا تزخر بإمكانات ووسائل طبية متطورة وكذا فرق طبية متخصصة، إلى جانب إعتمادهما على نظام عمل يتحدد وفقا لشروط تنظيم المستشفى فيما يخص إستقبال وعلاج المرضى، ويمكن إدراج ذلك ضمن خصائص مجتمع الدراسة كما يلي:

- خاصية مدة المكوث للعلاج وكيفية التعامل معها في إطار البحث: إن الأمراض المزمنة كمرض الضغط الدموي، داء السكري، وأمراض القلب هي أمراض تتميز بطول مدة العلاج والمتابعة المستمرة، لذلك فإن القائمين على مصلحتي أمراض القلب والسكري قد حددوا مدة مكوث المرضى على حسب حالة المريض وما يتطلبه من إسعاف وعناية حتى الشفاء أو إجراء عملية جراحية، وعلى العموم كانت تتراوح المدة

---

(1) Thomas Gay, L'indisponsable de la sociologie, Principes, Studyrama, France, 2004, P 81.

(2) Maurice Angers, Op.cit, P 236.

(3) Jean Claud Combessie, la méthode en sociologie, Casbah Edition ,Alger,1998, P 45.

للحالات العادية 15 يوم مكوث و30 يوما للحالات المستعصية، بالإضافة إلى مكوث الحالات الإستعجالية لمدة مؤقتة، ولعل هذا ما ساعد إجراء البحث الميداني في ظروف مقبولة حيث تتيح الفرصة لإستجواب المريض براحة لكن ولتفادي التكرار تم العمل بنظام التباعد بين أيام العمل داخل المصلحتين، لأجل الحرص على ذلك تم طرح سؤال قبل إجراء أي إستجواب وهو: هل تم إستجوابك من قبل بهذه الأسئلة، أو هل سألتك من قبل؟، ونظرا للمدة الكافية التي منحت لإجراء البحث الميداني، والتي جرت من بداية مارس حتى نهاية أوت، سمحت بإجراء الإستجواب بشكل دوري والحصول على عدد معتبر ممن مكثوا بالمستشفى (نساء ورجال).

- خاصية الإستشارات الطبية وكيفية التعامل معها في إطار البحث: إن مصلحتي أمراض القلب والسكري تستقبل عددا هاما من المرضى الذين يتوافدون لأجل الإستشارة الطبية، حسب المواعيد المحددة لهم، وعادة كان يوم الأحد اليوم الذي يتوافد فيه عدد أكبر من المرضى للعلاج، وهناك أيام أخرى مخصصة لإجراء الأشعة الطبية والتحاليل الطبية وتقديم النتائج، أما مواعيد الإستشارة الطبية فكانت تحدد وفقا للحالة الصحية للمريض من 03 أشهر للحالة الصحية السيئة إلى 06 أشهر للحالة الصحية العادية.

المطلب الخامس : منهج الدراسة.

إن إختلاف موضوعات الدراسة يستوجب أيضا إختلاف المناهج المتبعة في حقل البحث العلمي وبخاصة لما يتعلق الأمر بحقل علم الإجتماع، الذي يتطلب الإعتماد على منهج أو مناهج معينة تفي بغرض تفسير أسباب حدوث الظواهر الإجتماعية، التي تتسم بنوع من التعقيد وتتطلب أيضا التحليل العميق لمعرفة دوافع التصرفات والغرائز الإنسانية. [1] وذلك بإثبات نتيجة ما أو التحقق منها أو الكشف عنها في إطار العملية البحثية، الأمر الذي يقود إلى تعريف المنهج، فحسب الباحث "موريس أنجرس" " **Maurice Angers**" يظهر أن المنهج يمثل الأسلوب الذي يساعد الباحث على معالجة موضوع معين بواسطة قواعد بحثية معينة. [2] وهذا يعني بأنه الطريق المؤدي إلى الكشف عن الحقيقة في العلوم بواسطة مجموعة من القواعد توجه سير العقل وتحدد عملياته حتى يبلغ نتائج موضوعية. [3] وهنا يمكن القول بأن المنهج يعد الطريقة الأكثر موضوعية يستعين الباحث بقواعدها وأسسها المنهجية لتفسير الوقائع أو معطيات الظاهرة المدروسة، وكما سبق ذكره فإن هذا الإجراء المنهجي لا يتم إلا وفقا للمشكلات المطروحة والأهداف المحددة لأية دراسة إجتماعية، وعليه ونظرا لطبيعة موضوع هذه الدراسة المتعددة الأبعاد، والتي تتطلب البحث في عمق وخبايا ظاهرة الأمراض العصرية المزمنة كما وكيفا، قد تم الإعتماد على المناهج التالية التي تتناسب مع طبيعتها والأهداف المراد الوصول إليها.

---

(1) Raymond Boudon, Les méthodes en sociologie, Presses universitaires de France, Editions Dalta, Frances, 1996, P124.

(2) Maurice Angers, Op. cit, P65.

(3) Raymond Boudon, Op.cit, P125.

1-المنهج الكمي: يمثل المنهج الكمي جملة الإجراءات التي يوظفها الباحث لقياس الظاهرة المدروسة، لذلك فإن أغلبية البحوث في حقل العلوم الإنسانية تستخدم القياس وبخاصة عندما يتطلب الأمر إستعمال المؤشرات، المعدلات والمتوسطات، وبشكل عام التقنيات الإحصائية.[1] وفي هذا السياق يعتبر الإحصاء أداة هامة للقياس والتكميم، لذلك تم إعتماد المنهج الكمي في معالجة بيانات هذه الدراسة وفقا للمنهج الإحصائي الذي يعني بدوره" مجموعة من الأساليب المتنوعة المستعملة لجمع المعطيات الإحصائية وتحليلها رياضيا من أجل إظهار وتوضيح الإستدلالات العلمية التي قد تبدو في الغالب غير واضحة.[2] وليس هذا فحسب وإنما الباحث يمكنه إستخدام الأساليب الإحصائية كرموز ومؤشرات لقيم وظواهر وعلائق معينة يقوم بتفسيرها وتحليلها لتتجاوز تمثيل مجتمع بحثه. [3]

فهذه الطريقة الإحصائية تعتبر من أهم الطرق التي تساعد الباحث في جمع البيانات وعرضها، ثم تحليلها من أجل الوصول إلى نتائج تفيد في إتخاذ القرارات حول إنتشار الظواهر الإجتماعية كظاهرة الأمراض المزمنة، والتي تمثل موضوع الدراسة الحالية وتتطلب التدقيق في جمع معطياتها وتحليلها وتفسيرها، لذلك فالإعتماد على المنهج الكمي أمر يتناسب تماما مع متطلبات هذه الدراسة وأهدافها وأغراضها المنهجية، الأمر الذي برز في جمع المعطيات الإحصائية من الهيئات التي تمثل مصدرا من مصادر جمع المعطيات حول الصحة والأمراض المزمنة كالمنظمة العالمية للصحة، وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، المعهد الوطني للصحة، الديوان الوطني للإحصائيات، يضاف إلى ذلك الإعتماد على أدوات التحليل الإحصائي كما هو الحال بالنسبة لإستخدام إستمارة المقابلة مع المرضى كأداة لجمع المعطيات من الميدان، وكذا تبويب وترتيب المعطيات وعرضها في شكل رسومات بيانية كالمدرجات التكرارية والأعمدة البيانية، ثم القيام بعملية التحليل ووصف البيانات بهدف الوصول إلى النتائج المنطقية عن الظاهرة قيد الدراسة، ولقد تم توظيف المقاييس الإحصائية لوصف البيانات بطرق كمية رقمية لأجل إجراء المقارنات للعينة كجزء من المجتمع المدروس، ومن أدوات القياس التي تم إستخدامها وتندرج ضمن هذه الطريقة الإحصائية هي النسب المئوية، مقاييس النزعة المركزية كالمتوسط الحسابي، الوسيط والمنوال.

وفي نفس السياق تم تطبيق معادلات رياضية لتوضيح العلاقات السببية أكثر بين المتغيرات والمؤشرات والأبعاد المفككة في إطار معرفة إرتباطات أسباب حدوث الظاهرة وإستخلاص نتائجها، الأمر الذي برز في إستخدام المقاييس الإحصائية المتمثلة في معاملات الإرتباط كمعامل التوافق، معامل الإقتران، وإختبار كا2، وهذا كله بهدف الوصول إلى نتائج موضوعية في آخر المطاف.

2-المنهج الوصفي: إن أهم أهداف إستخدام المنهج الوصفي في هذه الدراسة، هي محاولة وصف الظاهرة قيد الدراسة من جميع النواحي الإجتماعية والسلوكية، وكذا وصف مسببات حدوثها ويعني هذا المنهج

---

(1) Maurice Angers, Op.cit, P60.

(2) عبد القادر حليمي، مدخل إلى الإحصاء، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1994، ص24 .

(3) Raymond Boudon, Op.cit, P125.

"دراسة ووصف خصائص وأبعاد ظاهرة من الظواهر في إطار معين أو وضع معين يتم من خلاله تجميع البيانات والمعلومات اللازمة عن هذه الظاهرة، وتنظيم هذه البيانات وتحليلها للوصول إلى لأسباب أوالعوامل التي تتحكم فيها وبالتالي إستخلاص النتائج".[1] وما يميز هذا المنهج أنه يساعد الباحث على وصف بيانات الظاهرة المدروسة عن طريق إستخدام الأساليب البحثية الوصفية المتنوعة لإظهار الإستدلالات والإستنتاجات العلمية التي قد تبدوا غير واضحة، وعلى أساس ذلك تمت ملاحظة العديد من الممارسات والسلوكيات غير الصحية لأفراد مجتمع البحث والمستنبطة من واقعهم المعيشي ثم وصفها وربطها بعوامل حدوث الظاهرة قيد الدراسة.

المطلب السادس : تقنيات جمع البيانات وتحليلها .

إن مرحلة جمع البيانات وتحليلها تمثل نقطة إتصال بين الإشكالية المعتمدة وأهداف الدراسة المحددة والمنهج المتبع من قبل الباحث من جهة، وعمله الميداني الإمبريقي في مجال التقصي عن المعلومة وتحليلها من جهة ثانية، ومن أجل الإلمام بمعطيات تحقيق أهداف هذه الدراسة، يتم توضيح أساليب وتقنيات جمع البيانات والمعلومات وتحليلها، والتي بواسطتها يمكن التوصل إلى الحقائق الجديدة عن الموضوع أو التأكد منها.

1-تقنيات جمع البيانات:

من المسلم به أن نجاح البحث في تحقيق أهدافه يتوقف على الإختيار الرشيد لأنسب التقنيات الملائمة للحصول على البيانات، والجهد الذي يبذله الباحث في تمحيص هذه التقنيات وتوظيفها على أعلى مستوى من الكفاءة والتوافق بينها وبين الخطوات المنهجية التي تسبقها في البحث، لذلك فهي على درجة كبيرة من الأهمية في البحث العلمي، حيث يتوقف على مدى صلاحيتها وملائمتها إمكانية الإعتماد على النتائج التي يتم التوصل إليها، ويقصد بالأداة حسب الباحث "مادلين قرافيتس" " **Madeleine Grawitz** " الوسيلة التي يعتمدها الباحث لجمع البيانات والمعلومات اللازمة للبحث".[2] وهذا يعني أن الأداة هي الوسيلة التي تستخدم في البحث بغرض جمع البيانات والمعلومات اللازمة، وعلى أساس ذلك فإن مفهوم الأداة يرتبط بالإجابة على السؤال يبدأ بكلمة الإستفهام.[3] وهذا يعني أنه بدون أدوات البحث لا يمكن تحقيق أهداف البحث أو الوصول إلى النتائج المرجوة، وتتعدد أدوات البحث بتعدد الموضوعات المدروسة ونوع الدراسات والمنهج المتبع، وفي هذه الدراسة قد تم إستخدام التقنيات التالية:

1-1-إستمارة المقابلة:

إن إستمارة المقابلة تعد من أكثر أدوات البحث الإجتماعي إستخداما في مثل هذه الدراسات الإمبريقية، والتي تعتمد بشكل كبير على المنهج الكمي، وتقوم على جمع المعلومات من الميدان، لذلك

---

[1] عبد القادر محمود رضوان، سبع محاضرات حول الأسس العلمية لكتابة البحث العلمي، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1990، ص57 .

[2] **Madeleine Grawitz, Op.cit, P318.**

[3] **Raymond Boudon, Op.cit, P31.**

أخذت هذه الأداة مكانة أساسية في هذه الدراسة من حيث توظيفها عند إجراء الدراسة الميدانية، وتعرف إستمارة المقابلة من طرف الباحث "موريس أنجرس" " **Maurice Angers** " بأنها "قائمة من الأسئلة مبنية وفقا لعرض شفوي محدد من طرف الباحث، وتسجل الإجابات بصورة مباشرة في الإستمارة، الأمر الذي يتطلب مدة زمنية طويلة، والإنتقال من سؤال إلى سؤال آخر يكون بتدخل الباحث في كل مرة".[1] ويتميز هذا النوع من التقنيات بأنه يدار ذاتيا من قبل الباحث نفسه، وهو الذي يقابل المبحوثين ويقدم لهم الأسئلة المطروحة ويضع الإجابات بنفس إتجاه السؤال والمكان المخصص له وبشكل منتظم.

ومن هذا المنطلق وبعد تحديد عينة الدراسة، تم القيام بدراسة إستطلاعية على مجموعة صغيرة من المبحوثين قدر عددهم بـــ15 مريض بالضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب، وذلك بالمستشفى الجامعي مصطفى باشا (مصلحتي أمراض القلب والسكري)، ولقد تمت هذه الدراسة الإستطلاعية في المدة التي تراوحت من 03 مارس يوم إمضاء رخصة البحث من طرف مديرية المستشفى والمصالح المتخصصة إلى 16 مارس 2010، ولقد كان هذا الإجراء الخطوة الأولى للإحتكاك بالميدان والإطلاع على معوقاته، ومن ثم محاولة إختبار وتجريب إستمارة المقابلة المحضرة مسبقا، وفي خلال شهر مارس 2010، وبالتحديد في يوم الخامس عشر من نفس الشهر تم اللقاء مع رئيس مصلحة أمراض القلب البروفيسور" خير الدين مراد بودية" ورئيس مصلحة السكري البروفسور "بن خدة" وتم الإتفاق على قواعد عمل يومية مع المرضى وداخل كل مصلحة والترخيص بالإنطلاق النهائي في العملية البحثية.

وبعد إختبار إستمارة المقابلة وتجريبها ميدانيا، تم إكتشاف بعض الهفوات وبعض الأسئلة غير المناسبة والتي لا تأتي بنتيجة مثمرة حول أسباب الحالات المرضية المطلوبة، الأمر الذي إستوجب تعديل البعض منها وتصويبها بشكل جيد كما تم حذف وإضافة بعض الأسئلة، وفي نهاية المطاف تم الخروج بإستمارة مقابلة معدلة ونهائية، وللإشارة فإن الإعتماد على إستمارة المقابلة بدلا من الإستمارة فقط لم يكن هكذا، وإنما نتيجة أسباب موضوعية منها أن غالبية المرضى المصابين بهذه الأمراض المزمنة هم من فئة الأميين وذوي المستويات التعليمية الدنيا، وكذا كبار السن خاصة وأن عاملي القراءة والكتابة هامان في إستخدام هذه التقنية، يضاف إلى ذلك عامل الحالة الصحية والسيكولوجية للمرضى، فهذه جميعها أسباب فرضت تطبيق تقنية الإستمارة بالمقابلة على الرغم مما تتطلبه من الصبر على ردود أفعال المرضى عند محاولة الإقتراب منهم وإستجوابهم، إلى جانب الشروحات الدقيقة لغرض الدراسة ولكل سؤال، والأسلوب الذي يتطلب مرونة وبساطة ووضوحا لكل مبحوث على حسب سنه ومستواه التعليمي.

وبناء على متغيرات الفرضيات التي تمت ترجمتها إلى مؤشرات ضمن أسئلة إستمارة المقابلة الموجهة للتطبيق مع أفراد مجتمع البحث، تم تحديد مجموعة من الأسئلة منها المغلقة، المفتوحة، المغلقة والمفتوحة في نفس الوقت، وتم تقسيمها إلى محاور وكل محور يتضمن بدوره مجموعة من الأسئلة، حيث تضمن المحور الأول البيانات الأولية والشخصية الخاصة بالمبحوث، أما المحور الثاني فتضمن البيانات المتعلقة بمدى تغير

---

[1] **Maurice Angers, Op.cit, P148.**

عادات التغذية لدى المبحوثين قبل إصابتهم بالمرض، ثم المحور الثالث الذي إحتوى على البيانات المتعلقة بتدني مستوى الوعي الصحي وآثاره على الممارسات غير الصحية والإصابة بالمرض المزمن، في حين تركز المحور الرابع حول المستوى المعيشي لأسر المبحوثين قبل إصابتهم بالمرض المزمن، وأخيرا تضمن المحو الخامس مؤشرات أهم الأحداث الإجتماعية والأسرية الأليمة، التي عايشها المبحوثون طبعا قبل إصابتهم بالمرض المزمن .

ووفقا للمدة المقررة في رخصة البحث فإن ملء إستمارة المقابلة تم بالتحديد من 18 مارس إلى 30 أوت 2010 وهذا في مصلحتي أمراض القلب السكري بمستشفى مصطفى باشا، ولقد تم مقابلة 440 مريض مصاب بمرض الضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب، وبالطبع خلال أيام الأسبوع بما في ذلك يوم الجمعة(مع المرضى الماكثين)، أما بالنسبة للمرضى الذين يترددون للإستشارة الطبية فكان يتم إستجوابهم في أيام مواعيد الإستشارة بقاعة الإنتظار وأحيانا مرافقتهم حتى خارج المستشفى أو في حديقته.

ومن الجدير ذكره أن هناك حالات رفضت الإستجواب، إما بسبب سوء حالتهم الصحية أو رفضهم المطلق للحديث عن حالتهم المرضية نظرا لإنشغالاتهم الكثيرة أو وصول دور الإستشارة الطبية...إلخ، ونتيجة لهذه المعوقات تم إلغاء 23 إستمارة مقابلة، أما بالنسبة للوقت المستغرق لملء إستمارة مقابلة واحدة فقد تراوح مابين 15 إلى 30 دقيقة على حسب كل حالة صحية، مع فتح المجال في النهاية لسرد بعض المشكلات الحقيقية التي عانى منها المريض قبل إصابته بالمرض المزمن وتدوين ذلك كمعلومات تدعيمية في إطار أهداف البحث، وكنتيجة للثقة التي تولدت عن العلاقة التفاعلية الإيجابية مع رؤساء المصلحتين والفريق الطبي والمرضى، كانت ساعات البحث تدوم من الساعة 8:30 صباحا حتى الساعة 18:00 مساء، وحتى في أيام الراحة كما سبقت الإشارة إليه.

1-2-المقابلـــــة:

تعتبر المقابلة إحدى أدوات البحث السوسيولوجي الهامة لجمع المعلومات عن الظاهرة المدروسة، لذلك قد تمت الإستعانة بها في هذه الدراسة كأداة ثانوية للإلمام بجميع البيانات الضرورية لها، وبإختصار يرى "مادلين قرافيتس" "**Madeleine Grawitz**" أن هذه التقنية تمثل أسلوب من أساليب البحث العلمي تقوم على أساس إجراء الإتصال الشفوي، لأجل الحصول على بيانات متصلة بأهداف البحث.[1] كما يشير كل من" ريمون كيفي ولوك قان كمبنهود" إلى أن المقابلة تمثل وسيلة إستكشافية تكشف جوانب هامة من الظاهرة المدروسة لا يمكن للباحث التفكير فيها من تلقاء نفسه، بإعتبارها طريقة متفتحة ومرنة جدا.[2] وتعرف المقابلة أيضا بأنها حوار لفظي وجها لوجه بين باحث قائم بالمقابلة وبين شخص آخر أو مجموعة من الأشخاص آخرين، وعن طريق ذلك يحاول القائم بالمقابلة الحصول على المعلومات التي تعبر عن

---

[1] **Madeleine Grawitz, Op.cit, P742 .**

[2] ريمون كيفي، لوك قان كمبنهود، دليل الباحث في العلوم الإجتماعية، ترجمة: يوسف الجباعي، المكتبة العصرية للطباعة والنشر، بيروت، 1997، ص85.

الآراء والإتجاهات أو الإدراكات أو المشاعر أو الدوافع في الماضي والحاضر.[1] وحتى تكون المقابلة أداة فعالة لجمع المعلومة، ينبغي على الباحث الحرص على تدخلاته بطريقة متفتحة، وإعطائها ديناميكية جديدة لحث المجيب على تعميق بعض جوانب الموضوع، إلى جانب مراعاة تأسيس الحوار على ظروف ملائمة من حيث الوقت، الألفاظ و العبارات المستعملة .

ومما تمت الإشارة إليه فإنه تم توظيف المقابلة إستكمالا وتدعيما للتقنيات الأخرى، وذلك بإجرائها مع عدد محدد من الأطباء يقدر بـــ8 أطباء متخصصين في أمراض القلب والسكري، وهم من أعمدة الأطباء الموظفين بمصلحتي أمراض القلب والسكري ولديهم خبرة معتبرة، وكان هذا الأمر مقصودا لمعرفة رأيهم ومواقفهم من أسباب الإنتشار الحقيقية وخبايا الإنتقال الإبدميولوجي نحو الأمراض العصرية المزمنة قيد الدراسة في المجتمع الجزائري، ولقد تضمنت المقابلة 08 أسئلة مفتوحة تهدف إلى الحصول على معلومات حول معطيات كل فرضية، وذلك بتوجيه أسئلة ضمنية في إطار بنود دليل المقابلة للبحث في عوامل وظروف عملية الإنتقال لمرحلة ظهور إنتشار ظاهرة الأمراض المزمنة حديثا.

ونظرا لإنشغال الأطباء بعدد المرضى المعتبر الذين يعالجون بشكل دوري، فإن الوقت المحدد لإجراء المقابلة لم يتجاوز 25 دقيقة غالبا، الأمر الذي كان يمثل عائقا هاما في إجراء بعض المقابلات، أما بالنسبة لتاريخ إنطلاق المقابلات فقد كان يتم من حين لآخر أثناء ملء إستبيان المقابلة مع المرضى، وبخاصة في أواخر نهاية العملية البحثية في الميدان أي من 05 جويلية إلى 30 أوت.2010

3-1 الملاحظـــــة:

إن الملاحظة تمثل أداة هامة من أدوات البحث، إذ من خلالها يمكن الحصول على معلومات وحقائق لا يتسنى للباحث الحصول عليها بالإعتماد على أدوات أخرى، لذلك فهي وسيلة أساسية في الدراسات السوسيولوجية الميدانية لوصف سلوكات الأفراد ومعاينة النتائج.[2] وتعرف الملاحظة بأنها الإنتباه المقصود والموجه نحو سلوك فردي أو جماعي بقصد متابعته ورصد تغيراته ليتمكن الباحث بذلك من وصف السلوك فقط أو وصفه وتحليله أو وصفه وتقويمه.[3] وهذا يعني أن الملاحظة لا تعني المشاهدة وفقط لأن المشاهدة عابرة ومحددة أما الملاحظة فهي عميقة وواسعة، وتتضمن الإستنتاج العقلي والمتابعة الواعية للسلوك والأحداث والظروف المؤثرة في الظاهرة، وإلى جانب التقنيات المستخدمة آنفا في هذه الدراسة (إستمارة المقابلة والمقابلة) تم إعتماد الملاحظة كأداة ثانوية تدعيمية وليست أساسية، ومع ذلك فإن إستخدامها ساعد على رصد عدد أكبر من المعلومات حول مسببات إصابة أفراد مجتمع البحث بالمرض المزمن، بإعتبار هذا النوع من الدراسات يتطلب الإحتكاك اليومي مع الأشخاص المعنيين بالبحث في نشاطاتهم وحتى في إقامتهم ومراقبة ممارساتهم غير الصحية كتتبع نظامهم الغذائي اليومي وجميع سلوكياتهم اللاوقائية، التي تساهم في

---

(1) **Thomas Gay, Op.cit, P–P 86-87.**
(2) **Raymond Boudon et autres, Op.cit, P164.**
(3) **Thomas Gay, Op.cit, P**88 **.**

الإصابة بمرض الضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب، وهذا ما فرض الإستعانة بأداة الملاحظة منذ بداية إنطلاق الدراسة الميدانية وحتى أثناء إجراء ملء إستمارة المقابلة.

ونظرا لتطور العلاقة التفاعلية مع النسق الطبي أي مع القائمين على مصلحتي أمراض القلب والسكري، وكذا مع المرضى المعنيين بالدراسة، إلى جانب الإلتزام بإستخدام المئزر الأبيض الذي زاد من ثقة أعضاء النسق الطبي والمرضى في مسألة الإندماج والإنخراط كعضو بينهم، الأمر الذي سمح بمشاركتهم حياة المستشفى اليومية، ومن ثم إستخدام أيضا نمط الملاحظة بالمشاركة التي تعني بدورها "تلك الملاحظة التي يقوم فيها الباحث بمشاركة مباشرة تعتمد على الإدراك السمعي والبصري الواعي والموجه للحصول على معطيات ترتبط بأهداف البحث ". [1] وبهذه الطريقة تم الوصول إلى الكثير من الحقائق حول مجتمع البحث، والإقتراب أكثر من المبحوثين وبخاصة فيما يتعلق بمعرفة أهم المشكلات والظروف المعيشية الصعبة، الأحداث الحياتية الأليمة والضاغطة التي عايشوها، وكل ما أثر سلبا في صحتهم النفسية والجسمية قبل إصابتهم بالمرض المزمن، وبذلك تم التمكن من خلال الإعتماد على هذه الأداة إلى الرجوع بالمبحوثين لمرحلة ما قبل الإصابة بالمرض المزمن، ومحاولة الدفع بهم للإدلاء بما يتذكرونه من ظروف ووقائع إجتماعية وممارسات أثرت على صحتهم، ومحاولة ربط ذلك بأنماط السلوك الإجتماعي الذي له علاقة بالمرض المزمن، ولعل ما أتاح هذه الفرصة هو الإقتراب من المبحوثين خاصة في قاعة الإنتظار قبل العلاج أين يجدون الوقت الكافي للتعبير عن همومهم ومشكلاتهم التي واجهتهم، وبشكل تلقائي أحيانا، ولقد تم إعتماد هذه التقنية خلال عملية البحث الميدانية التي دامت منذ إنطلاقها أي من 16 مارس 2010 إلى 30 أوت 2010 أي مدة 5أشهر و16 يوم، وهذه المدة هي التي تمثل المجال الزماني للدراسة الميدانية النهائية، يضاف إلى ما سبق التدعيم بالملاحظة اليومية حول إنتشار ظاهرة الإصابة بالأمراض المزمنة(مرض الضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب) في الوسط العائلي والمجتمعي ككل، وتدقيق النظر في الأسباب الخفية لحدوث هذه الظاهرة، إلى جانب إلقاء نظرة دقيقة على الإحصائيات والمعدلات المسجلة لهذه الأمراض في المجتمع الجزائري .

2- تقنيات تحليل البيانات:

بعد مراجعة المعطيات المتحصل عليها من الميدان والتأكد من صحتها وتصنيفها وتوزيعها إلى مجموعات متجانسة، إلى جانب ترميزها أي بتحويل البيانات الوصفية إلى بيانات رقمية، تمت مواصلة عملية البحث من خلال إستخدام مجموعة من الإجراءات والأساليب المتبعة في تحليل البيانات كخطوة منهجية لا تقل أهمية عن سابقتها، وتأتي عملية تحليل البيانات لتوضيح الإستنتاجات والمتغيرات المترابطة فيما بينها ومدى قابليتها للقياس ونطاق تأثيراتها على جميع جوانب الواقع المعني بالدراسة.

إن تقنيات تحليل البيانات لها أهمية كبيرة من ناحية التعبير الإحصائي عما هو جوهري في قياس مؤشرات الظاهرة المدروسة، وذلك بإستنطاق الأرقام وفهم الدلالات الكامنة وراءها، الأمر الذي يظهر في

---

(1) Ibid, P88.

مدى تحكم الباحث في منهجية دراسة الظواهر وكفاءاته العلمية في تطبيق المقاييس الإحصائية كمقاييس النزعة المركزية ومعاملات الإرتباط، وذلك في إطار عملية التحليل الإحصائي وإتخاذ القرارات المناسبة حول النتائج المتوصل إليها، وكذا معرفة ما إذا كانت الفروق المحسوبة ذات دلالة أو بدون دلالة، لذلك ولإجراء عملية تحليل بيانات هذه الدراسة تم إستخدام أساليب وطرق التحليل الإحصائي كما هو الحال بالنسبة لحساب النسب المئوية التي تم عرضها في جميع الجداول الإحصائية الممثلة للجانب الميداني، والتي تساعد الناظر على أخذ فكرة سريعة عن الظاهرة قيد الدراسة وتحديد نطاق إنتشارها بين أفراد مجتمع البحث، كما تم إستخدام مقاييس النزعة المركزية كالمتوسط الحسابي الذي يكشف عن مدى تمركز معظم قيم الظاهرة حول قيمة معينة فهو يمثل المعدل العام للبيانات الإحصائية والأكثر توظيفا لأجل المقارنات الإحصائية، ولقد أستغل هذا المقياس في معرفة متوسط سن المرضى المصابين بمرض الضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب ومعرفة متوسط الدخل الشهري، كما تم إستخدام بعض المقاييس الأخرى ذات الدلالات الإحصائية كالمنوال، الذي يعبر عن القيمة الأكثر تكرارا من قيم الظاهرة.[1] وهذا إلى جانب إستخدام أساليب إحصائية أخرى تمثلت أساسا في بعض معاملات الإرتباط، لأجل قياس إتجاه وحجم العلاقة بين المتغيرات، أي قياس مدى الترابط بين المتغيرات المستقلة والتابعة الخاصة بفرضيات الدراسة لتأكيد صحة الفرضيات أو نفي صحتها، ومن أبرز هذه المعاملات المستخدمة معامل الإقتران الذي يوظف في حالة وجود متغيرات كمية، معامل التوافق الذي يصلح في حالة المتغيرات الكيفية للظاهرة أو الكيفية لإحداها وكمية لأخرى، يضاف إلى ما سبق إستخدام إختبار (كا^2) الذي يعبر عن البيانات الحقيقية والبيانات المتوقعة بعد إستخراج درجة الحرية عند إجراء الإختبار، وبذلك يمكن إكتشاف دلالات من خلال المقارنة بين النتائج المتوصل إليها.

المطلب السابع : الدراسات السابقة لموضوع الدراسة.

لا شك أن المرض المزمن ظاهرة إجتماعية معقدة، أي كما تمت الإشارة إليه مرارا متنوعة بيولوجيا إجتماعيا نفسيا، إقتصاديا وثقافيا، لذلك تقل الدراسات المتخصصة في معالجة الأمراض المزمنة قيد الدراسة سوسيولوجيا هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى فإن الدراسات التي وجدت في هذا الشأن تتناول أجزاء معينة يمكن إدراجها من منظور شمولي متكامل حول هذا الموضوع، وسواء أجريت في المجتمعات الغربية، المجتمعات العربية أو المجتمع الجزائري.

الدراسة الأولى:

تمثل دراسة ميدانية حديثة قام بها الباحث"إحسان محمد الحسن" في المجتمع العراقي سنة 2005، تحمل عنوان دور المتغيرات الإجتماعية المؤثرة في المرض والوفاة، وشملت عينة الدراسة 500 طبيب من كلا الجنسين ومن جميع الأعمار.[2] إستخدمت فيها تقنية المقابلة وتم إجرائها في العيادات العامة والشعبية

[1] عوض منصور، عزام صبري، علي قوقزة، علم الإحصاء الوصفي المبرمج، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، ط1، 1999، ص130.

[2] إحسان محمد الحسن، علم الإجتماع الطبي، دراسات تحليلية في طب المجتمع، دار وائل للنشر والتوزيع، الأردن، ط1، 2008، ص 231.

والخاصة، أما النتائج فأكدت أن العوامل الإجتماعية تمثل أبرز أسباب المرض والوفاة بنسبة 84% من مجموع الإجابات، وللتفصيل أكثر فإن الدراسة توصلت إلى أن هناك عشرة عوامل إجتماعية مسؤولة عن المرض والوفاة، والتي تعترض حياة الأفراد على مستوى جميع فئات السن، الخلفيات الإجتماعية،الطبقة الإجتماعية ولقد جاءت هذه العوامل بشكل ترتيبي من حيث درجة التأثير في الإصابة بالمرض والوفاة، وذلك بدءا بالإجهاد أو التعب نتيجة المهام والمسؤوليات المجهدة والظاغطة بنسبة 97%، فقدان أو وفاة القريب أو الصديق، وما ينتج عن ذلك من ضغوط وإرتفاع في مستوى الضغط الدموي وبلغت نسبة هذا العامل 95%، حوادث الحياة المؤسفة كمرض أحد أفراد العائلة أو تعرضه لحادث خطير، وقدرت النسبة لهذا العامل 92%، التغير الإجتماعي السريع أو المفاجئ وما يفرزه من حروب، أزمات غذائية، أزمات أمنية وإقتصادية بنسبة 88%، عامل الفقر والحرمان الإقتصادي بنسبة 86%، مشكلة في العمل بنسبة 86% (العمل فوق الطاقة، المنافسة والتحدي في العمل)، مشكلة الأمية والجهل والتخلف الثقافي بنسبة 82%، الإضطهاد الطائفي والعرقي والسياسي والإجتماعي بنسبة 77%، التقاطع بين الإنجاز والطموح بنسبة 74%، وأخيرا الإنتقال الإجتماعي السريع من طبقة إجتماعية دنيا إلى طبقة أعلى بنسبة 72%، ومن الجدير ذكره أن معظم هذه العوامل -حسب نتائج هذه الدراسة- جاءت ترتبط بالأمراض العصرية المزمنة التي تتأثر بشدة الضغوط والإنفعالات كالضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب.

تعقيب:

إن ما يمكن ملاحظته حول هذه الدراسة أنها تمحورت حول دور المتغيرات الإجتماعية المؤدية إلى المرض والوفاة معا وبشكل ترتيبي، الأمر الذي يمكن أن يتعرض للإختلال على حسب درجة التأثير وقدرات مواجهة الشخص وإستجابته للمرض والوفاة.

كما أنها قد ركزت على تأثير العوامل المرتبطة بالتغير الإجتماعي بشكل واسع هذا من جهة، ومن جهة أخرى قد ركزت كثيرا على العوامل المرتبطة بالجوانب الإجتماعية والسيكولوجية، الأمر الذي يؤكد أن المرض والوفاة لهما مسببات ذات جذور إجتماعية نفسية، ومن ناحية ثانية تم إدراك أن التغير الإجتماعي والإنتقال الذي يحدث للمجتمع من البساطة إلى التعقيد وعدم الإستقرار له آثار صحية واسعة، فخلال مرحلة عدم الإستقرار هذه تتعرض حياة الأفراد إلى الضغوط وصعوبة التكيف، وكل ما يؤدي إلى الإضرار بصحة الفرد وإصابته بالأمراض المزمنة كالضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب.

الدراسة الثانية:

أنجز الباحث "أيمن صالح الكشمري" دراسة إبدميولوجية لداء السكري في مدينة مكة المكرمة وقد إمتدت الدراسة لمدة ثلاث سنوات، إستخدمت فيها العينة العنقودية التي بلغ حجمها 4771 شخص.[1]

---

[1] أيمن صالح الكشمري، دراسة إبدميولوجية لداء السكري، المجلة الطبية الأردنية، تصدرها نقابة الأطباء الأردنية بدعم من وزارة الصحة والخدمات الطبية الملكية وكلية الطب في الجامعة الأردنية وكلية الطب في جامعة العلوم والتكنولوجيا الأردنية، الأردن، مجلد 62، العدد1، 1996، ص.ص 120.121.

كما أستخدمت معاملات الإرتباط كمعامل كا^2 لتحديد مدى العلاقة بين المتغيرات، أما بالنسبة للنتائج فقد توصلت إلى أن مجموع الإصابات بداء السكري هو 334 مريضا أي ما يعادل نسبة 7%، تتوزع بنسبة2.85%، للنمط السكري المعتمد على الأنسولين ونسبة 4.28%، لنمط السكر غير المعتمد على الأنسولين.

ومن العوامل التي فسرت بها الدراسة إنتشار داء السكري بين أفراد مجتمع البحث هي الضغوط النفسية والإجتماعية، السمنة(تجاوز متوسط الوزن الزائد بنسبتي 60% و80% للرجال والنساء على التوالي)، نقص الوعي الصحي لدى الفرد، تغير نمط الحياة المتمثل في التغير نحو الحياة القعيدة أو الخمول الجسماني والتغير نحو الأغذية الدهنية والغنية بالسكريات.

تعقيب:

ما يبدو على هذه الدراسة أنها إهتمت بالجانب الإبدميولوجي أكثر من البحث عن العوامل والمتغيرات الإجتماعية، التي قد تمثل أسبابا حقيقية أحيانا للإصابة بالأمراض المزمنة بالأخص داء السكري المعروف عنه بالتأثر الكبير بالإنفعالات والضغوط الإجتماعية والأسرية، بالإضافة إلى أنها إقتصرت على معالجة داء السكري كمرض مزمن وحيد دون معالجة الأمراض المزمنة التي تشترك معه في أكثر من عامل خطر للإصابة به كالضغط الدموي وأمراض القلب.

الدراسة الثالثة:

لقد جاءت هذه الدراسة تحمل عنوان المشروع القومي المصري لإرتفاع ضغط الدم، أنجزت سنة 1991 وتم إختيار عشوائيا 7915 فردا من المصريين، وبلغ عدد من تم فحصهم 6733 فوق سن 25 سنة منهم 2930 ذكور و 3813 إناث.[1]

ولقد قام بمشروع هذه الدراسة 40 من صفوة الأطباء المتخصصين بالتعاون مع معاهد متخصصة بالولايات المتحدة الأمريكية ومن أهم الأهداف التي حددت في هذا المشروع القومي هي، معرفة مدى إنتشار مرضى الضغط الدموي ومضاعفاته والتعرف على معدلات الوعي والعلاج والتحكم، معرفة العوامل البيئية والسكانية المسؤولة عن إنتشار هذا المرض المزمن، دراسة العوامل الأخرى المشجعة على حدوث تصلب الشرايين، داء السكري، زيادة الدهون في الدم، السمنة المفرطة ، ولعل من أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة هي بلوغ متوسط سن أفراد العينة المرضى بالضغط الدموي 50%، لدى فئـــة 25-44 سنة، أما المسنين فبلغت نسبهم ما بين 6 و11%، بلغت أعلى نسبة من الإصابات للمتزوجين 76.4%، ووصلت نسبة ممن يجهلون القراءة والكتابة (الأمية التامة) ما بين 39% و40% من مجتمع البحث، أما بالنسبة للحالة الإقتصادية والإجتماعية فوجد أن نسبة 39.7% من شريحة الفقراء ونسبة10.3 % من شريحة الأغنياء و30.6

[1] محمد محسن إبراهيم، أمراض ضغط الدم، أنواعها وأسبابها ومخاطرها، مركز الأهرام للترجمة والنشر، القاهرة، ط1، 2000، ص 105

% من الطبقة المتوسطة، في حين بلغت معدلات البطالة 16.5%، وفي نوعية العمل قدرت النسبة بـــ 43.6 %للأعمال اليدوية، و27.4 % للأعمال المكتبية والذين يعملون أكثر من 8 ساعات في اليوم 31.5 %.

وللإشارة فإن معدل الإصابة بضغط الدم المرتفع وصل إلى 30.6% من مجموع أفراد العينة، ومن العوامل التي أبرزتها هذه الدراسة والمتسببة في الإصابات في الضغط الدموي هي: التدخين، زيادة كلسترول الدم أكثر من 200 مجم في 100 سم^3، السمنة الزائدة، مرض البول السكري.

تعقيب:

لقد بينت هذه الدراسة مدى إنتشار مرض الضغط الدموي بين المصريين وبعض العوامل البيئية، الإجتماعية والسكانية التي تتحكم فيه، ومن مزايا نتائج هذه الدراسة أنها ربطت بين مرض الضغط الدموي كعامل خطر بمرض تصلب الشرايين القلبية ومرض البول السكري، غير أنها لم تشير بشكل كافي أنه ليس لمرض إرتفاع الضغط الدموي أعراض يمكن تشخيص المرض من خلالها، لأنه في أغلب الحالات يكتشف هذا المرض المزمن بالمصادفة.

الدراسة الرابعة:

لقد قامت الباحثة "فاطمة مساني" بدراسة تحمل عنوان الثقافة الصحية لدى المرضى المصابين بالأمراض المزمنة في الجزائر، دراسة ميدانية لعينة من المرضى المصابين بداء السكري، الضغط الدموي وأمراض القلب، بمستشفى بني مسوس بمصلحتي الطب الداخلي وأمراض القلب، وتمثل هذه الدراسة أطروحة دكتوراه نوقشت سنة 2010، كما إعتمدت الباحثة في هذه الدراسة على نوع العينة المقصودة والتي قدر حجمها بـــ300 مبحوث.[1] إستخدمت فيها المنهجين الكمي (المنهج الإحصائي) والمنهج الوصفي، أما التقنيات المستعملة في جمع البيانات فقد إعتمدت على إستمارة المقابلة كتقنية أساسية والمقابلة والملاحظة كتقنيتين تدعيميتين .

ومن الأهداف التي سعت الباحثة إلى تحقيقها في إطار إفتراضات الدراسة، هي معرفة مدى التفاعل بين الطبيب والمريض في النسق الطبي وكيف يساهم ذلك في تنمية الوعي الصحي، المستوى التعليمي للمريض وعلاقته بإكتسابه للمعلومات الصحية وترجمتها إلى ممارسات صحية في نظام حياة المريض،إنخفاض الدخل الشهري الأسري وكيف يؤدي إلى إنعدام رغبة وقدرة المريض على تغيير ممارساته غير الصحية، المكونات الثقافية الشعبية المرتبطة بالصحة والتي تعرقل من إكتساب المريض للمعرفة الصحية وترجمتها إلى ممارسات صحية في حياته اليومية، وأخيرا الدعم الإجتماعي في الوسط الأسري الذي يؤدي إلى إكتساب المريض للمعلومات الصحية وترجمتها إلى ممارسات صحية، أما بالنسبة للتحقق من هذه المتغيرات وإرتباطاتها في البحث الميداني فإن الأمر يظهر من خلال أهم النتائج التي أسفرت عليها هذه الدراسة وبدءا بخصائص

[1] فاطمة مساني، الثقافة الصحية لدى المرضى المصابين بالأمراض المزمنة في الجزائر، دراسة ميدانية لعينة من المرضى المصابين بداء السكري، الضغط الدموي وأمراض القلب بمستشفى بني مسوس مصلحتي الطب الداخلي وأمراض القلب، أطروحة دكتوراه، جامعة الجزائر، الجزائر، 2008-2009، ص 25.

مجتمع البحث التي أوضحت أن الإصابة بهذه النوعية من الأمراض المزمنة تنتشر بين الإناث بنسبة 64.67%، بينما تنتشر بين الذكور بنسبة 35.33%، وتعرفها شريحة متوسطي السن والمسنين بنسبة 35% لفئة 45-60 سنة و بنسبة 32.33% لفئة 60-75سنة، وتكشف أيضا أن المتزوجين أكثر إصابة بهذه الأمراض المزمنة بنسبة 74%، ويمثل المبحوثون من أصل حضري نسبة 68% أما الريفيون فيمثلون نسبة 12.67%، وتنحصر الإصابة بهذه الأمراض عند الماكثات بالبيت بنسبة 43%، وعند ذوي المستوى التعليمي الأمي بنسبة 64.67%، كما إنحصر الدخل الشهري في فئة أقل من مليون بنسبة 59.33% .

أما بالنسبة للنتائج المفسرة لمتغيرات فرضيات هذه الدراسة فقد تبين أن الطبيب يلعب دورا بارزا وفعالا في تنمية الوعي الصحي للمرضى المصابين بأحد الأمراض المزمنة كداء السكري، الضغط الدموي والقلب، غير أن هؤلاء المرضى لا ينفذون تعليمات أطبائهم نظرا للظروف المعيشية الصعبة والعادات والتقاليد المرتبطة بالصحة و المرض في البيئة التي يعيشون فيها، كما أن المستوى التعليمي للمريض يلعب دورا بارزا في إكتساب المعرفة الصحية، توفر الإرادة والتمسك بالعادات و السلوكات الصحية، وينعكس ذلك في الوعي الصحي الذي ينمو مع مرور الوقت لدى المريض، وهذا يعني أنه كلما إرتفع المستوى التعليمي كلما يزداد معه تحسن مستوى الوعي الصحي و العكس صحيح أي إنخفاض المستوى التعليمي يؤدي إلى إنخفاض مستوى الوعي الصحي لدى المريض.

لقد بينت الدراسة أن إنخفاض الدخل الشهري الأسري له دور فعالا أيضا في إنعدام الرغبة و القدرة لدى المريض على تغيير ممارساته وسلوكاته غير الصحية، حيث أن الظروف المادية الصعبة التي يمر بها المريض وأسرته تجعلهم يتبعون ممارسات غير صحية كما هو الحال بالنسبة لتناول الأغذية مع بقية أفراد الأسرة دون تطبيق النظام الغذائي الذي يحدده الطبيب، وأحيانا لا يلجأ المريض إلى الطبيب بسبب ضعف الدخل الشهري، لذلك تطول مدة إرتياحه و تتفاقم حالته المرضية.

إن الثقافة الشعبية المرتبطة بالصحة تعمل دائما على عرقلة إكتساب المريض للمعرفة الصحية وترجمتها إلى ممارسات صحية في حياته اليومية، الأمر الذي أظهرته هذه الدراسة من خلال إكتشاف الصلة الوثيقة بين العادات السيئة، ومن ذلك العادات الغذائية التي يتبعونها المرضى في واقعهم المعيشي اليومي، والتي تنعكس سلبا على ثقافتهم الصحية كتناول المأكولات الممنوعة ....الخ، هذا إلى جانب إتباع طرق العلاج التقليدي المتمثل في الأعشاب الطبية، الإيمان القاطع بالأمثال و الحكم الشعبية التي تعرقل تنمية الوعي الصحي لديهم كالمثل القائل "أسأل المجرب ولا تسأل الطبيب"، وهذا يزيد من توسع الهوة في مسألة التفاعل بين الطبيب والمريض .

إن غياب الدعم الإجتماعي الأسري قد أدى -حسب نتائج الدراسة- إلى عدم إكتساب المرضى للمعلومات الصحية وترجمتها إلى ممارسات صحية، ولعل السبب في ذلك يرجع إلى أن الوسط الأسري له تأثير فعال على إتجاهات المريض وثقافته الصحية، لأن الدعم الذي يتلقاه المريض في أحضان أسرته سواء

أكان دعما ماديا أو معنويا، يساهم في تنمية الوعي لديه و الإرادة والرغبة في تطبيق وتتبع إرشادات الطبيب وكذا تقبل النصائح من الغير، الأمر الذي لم يتحقق لدى مجتمع البحث في هذه الدراسة.

تعقيب:

وما يلاحظ على هذه الدراسة أنها تناولت مجالا هاما من مجالات الصحة و المرض المزمن وهو الثقافة الصحية، التي تمثل الركن الأساسي-إن صح التعبير- الذي تتركز عليه عمليات التربية الصحية و أساليب الرفع من مستوى الوعي الصحي في المجتمع، وبخاصة لدى المرضى المصابين بأمراض تتضاعف مخاطرها يوما بعد يوم، بسبب الإزمان كداء السكري، الضغط الدموي وأمراض القلب، كما أن معوقات التثقيف الصحي في المجتمع الجزائري لازالت تعاني الكثير بسبب أساليب العلاج الشائعة في الأوساط الشعبية، الأمر الذي يجعل نتائج هذه الدراسة تلعب دورا فعالا في تنمية الوعي الصحي وتنمية حتى الرعاية الصحية في المجتمع. وكإستنتاج جاءت هذه الدراسات تمثل إثراء معرفيا بنتائجها حول موضوع الأمراض المزمنة قيد الدراسة، و بلا شك تعزز البحث في هذا الخصوص حول تحديد حجم المشكلة نظرا للآثار التي تخلفها، وما تعكسه هذه الأخيرة لصورة المستوى الصحي للمجتمع الذي إنتشرت وإستفحلت فيه.

الفصل الثاني:

التغير الإجتماعي ومراحل الإنتقال الوبائي نحو الأمراض المزمنة.

- **تمهيد**

المبحث الأول: التغير الإجتماعي ومظهره العام المرتبط بإنتشار الأمراض المزمنة.

المطلب الأول: مفهـــوم التغيـــر الإجتماعـــي وعـــواملـــه.

المطلب الثاني: التغير في نمط الحياة كمظهر عام للتغير الإجتماعي وإنتشار الأمراض المزمنة.

المبحث الثاني: مراحل الإنتقال الوبائي نحو الأمراض العصرية المزمنة.

المطلب الأول: دراســة الإنتقــال الوبــائــي في نطــاق البعــد الإجتمــاعــي.

المطلب الثاني: أهــم مراحــل الإنتقــال الوبائــي نحو الأمراض العصرية المزمنــة.

المبحث الثالث :نوعية الأمراض المزمنة الأكثر إنتشارا في المجتمعات.

المطلب الأول : مــرض الضغط الدمــوي ومدى إنتشاره في المجتمعــات .

المطلب الثاني : داء السكـــري إبدميــولوجيــا في المجتمعـــات.

المطلب الثالث : أمــراض القلب ومستوى الإصابه والوفاة بها في المجتمعات .

- **خلاصة**

تمهيد:

إن مسألة التغير الإجتماعي تمثل إحدى أهم المسائل الرئيسية في حقل إهتمام علم الاجتماع والدراسات السوسيولوجية، ومن الممكن للباحث المهتم بموضوعات ترتبط بالتغير الإجتماعي كما هو الحال بالنسبة لموضوع الواقع الإجتماعي وعلاقته بصحة الإنسان ومرضه، الوصول إلى فهم عميق حول أبعاد ومؤشرات إجتماعية متعددة، وكذا حدود تأثيرات التغير الإجتماعي المتعددة الجوانب، وفي هذا الصدد يمكن إدراج الإنتقال الوبائي كظاهرة من الظواهر التي يمكن من خلالها قراءة التغير الإجتماعي الذي يصيب نسق الصحة في أي مجتمع من المجتمعات الإنسانية.

إن هذه القراءة الخاصة بالتغير الإجتماعي وكل ما يصاحبه من إنتقال وبائي في المجتمعات، يمكن أن تؤدي إلى توجيه التصورات و التمثلات في إتجاه غير الإتجاه الذي كان سائدا حول التعامل مع ظاهرتي الصحة والمرض، فعلى سبيل المثال لا الحصر قد برز خطاب يعتبر أن إنتشار الأوبئة والأمراض العصرية المزمنة لدى فئات كبيرة من الأفراد، وجعل الحاجة أكثر إلحاحا في الأخذ في الحسبان العديد من العوامل الإجتماعية التي باتت تلعب دورا مباشرا أو غير مباشر فيما يتعرض له الأفراد من أمراض أو ما يتوفر لهم من معطيات إجتماعية وصحية، وهذا على إعتبار أن الواقع الإجتماعي ذاته عرف تغيرات هامة مست الأبعاد السياسية، الإجتماعية، الإقتصادية والثقافية، الأمر الذي يظهر في محصلة مظاهر التغير الإجتماعي كالتحضر، التحديث، التصنيع، أنماط الإستهلاك الجديد...الخ.

وفي هذا السياق تشير العديد من المؤشرات الصحية والإجتماعية إلى أن هناك نقلة نوعية في الأمراض من أمراض معدية في السابق إلى أمراض مزمنة في الحاضر، يضاف إلى ذلك أن هناك تغير حتى في النظرة إلى ظاهرة المرض في حد ذاته، فلم يعد الإعتماد فقط في تفسير الأمراض بعوامل طبية محضة، بل لابد من الأخذ بعين الإعتبار السياق الإجتماعي والإقتصادي والنفسي، وبخاصة لما يتعلق الأمر بتفسير إنتشار لأمراض مزمنة تتأثر بشكل مباشر أو غير مباشر بالبيئة الإجتماعية والبيئة الأسرية اللتين تنتشران بهما ممارسات غير صحية وضغوطات شديدة، ولعل من المفيد هنا التعرض إلى نوعية هذه الأمراض المزمنة الأكثر إنتشارا والتي تعكس الوضع الصحي الحديث في المجتمعات، وكما سبقت الإشارة إليه فإن تفشي هذه الأمراض المزمنة التي لم تعرفها الإنسانية من ذي قبل، أصبحت تمثل أبرز مشكل صحي حاليا، وبخاصة وأن لها علاقة بالضغوط الإجتماعية والنفسية، كالضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب .

المبحث الأول: التغير الإجتماعي ومظهره العام المرتبط بإنتشار الأمراض المزمنة.

يهدف هذا العنصر إلى فحص أثر التغير الإجتماعي على نسق الصحة عامة والمرض المزمن منه بوجه الخصوص، خاصة وأنه لم يعد إستيعاب أثر التغير الإجتماعي يقتصر على الزيادة في طول عمر الإنسان (بسبب تطور الطب العلاجي والوقائي)، والرفع من مستوى معيشته وإستقلاليته في المجتمع الذي يأويه، وإنما أصبح بالإضافة إلى ذلك عاملا للتقليل حتى من أمن وإستقرار حياته وصحته بسبب ظهور أمراض قاتلة في أغلب الحالات، ومع التغير الإجتماعي السريع وما يحمله من مظاهر عديدة كالتحضر، التصنيع ونمط الحياة الجديد....الخ، فإن الخريطة الصحية قد تغيرت هي الأخرى و لم تعد الأمراض المعدية هي المسيطرة حاليا، وإنما الأمراض المزمنة هي التي أحكمت سيطرتها في مجال الصحة العمومية، الأمر الذي يستدعي فهم التفاعل بين هذه المظاهر والمتغيرات وإنتشار هذه النوعية من الأمراض حديثا في المجتمعات، وقبل الخوض في إبراز هذا التفاعل من المفيد جدا في هذا المقام تقديم حوصلة حول التغير الإجتماعي، مفهومه وعوامله .

المطلب الأول: مفهوم التغير الإجتماعي وعوامله.

نظرا لتعدد التعريفات والأطر والمداخل النظرية لتفسير ماهية التغير الاجتماعي هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى ما تفرضه طبيعة معالجة الموضوع المحددة في هذا المقام، فإنه يمكن تبسيط وتلخيص هذا الأمر بإستعراض أهم ملامح التغير الإجتماعي في بعض الصيغ التي تترجم المعنى الواسع لهذه الظاهرة، وفي هذا السياق حاول بعض علماء علم الإجتماع أمثال "أوغست كونت" وأتباعه على ضوء أحداث الثورة الفرنسية والثورة الصناعية أن يجدوا تفسيرات لأسباب ونتائج التغير الإجتماعي، وشرح قوانين حركة وديناميكية المجتمعات، الأمر الذي برز في ظهور المجتمع الرأسمالي و ما صاحبه من تقلبات وإضطرابات إجتماعية، فكانت لذلك إنعكاسات هامة في مسألة النمو الحضري، التصنيع، والإنتقال الإجتماعي، ولقد ساهم هذا الموقف في تحديد معالم التحليلات الإجتماعية للتغير فيما بعد.[1] ومن أهم التحليلات في هذا الشأن تلك التي طرحها "كارل ماكس" حول النظرية المادية التاريخية وتصارع الطبقات الإجتماعية الكادحة مع الطبقات المالكة لوسائل الإنتاج، وحيث ينتهي الصراع عند فوز الطبقات الإجتماعية الكادحة التي تسعى إلى تغيير السمات الجوهرية في المجتمع.[2] ويأتي تحليل آخر لعالم آخر وهو "هربرت سبنسر" الذي حاول تفسير ظاهرة التغير الإجتماعي تفسيرا علميا، حيث تصور أن المجتمع يتطور ويتغير من مجتمع بسيط بتركيبته ووظائفه إلى مجتمع معقد ومشعب. ولقد حدد العالم الأنثروبولوجي الإجتماعي، "لويس موركن" التطور الحضاري للمجتمع، من خلال نظرية تحولية، تفسر تطور المجتمع بمروره بثلاث مراحل حضارية تتمثل المرحلة الأولى في التوحش (المتوحشة)، والمرحلة الثانية في البربرية والمرحلة الثالثة في المدنيه،

---

[1] دينكن ميتشيل، المرجع السابق، ص190.

[2] John J.Macionis, Sociology, Pearson international Edition, United States and Canada, Tenth Edition, 1998, P 627.

وقد حاول "إميل دور كايم" أن يفسر التغير الإجتماعي بإنتقال المجتمعات من المرحلة الميكانيكية إلى المرحلة العضوية، أي من خلال مفاهيم التضامن الميكانيكي والتضامن العضوي.[1]

أما بالنسبة لموقف "ماكس فيبر"حول التغير الإجتماعي فيرى من خلال دراسته لأصول نشأة الرأسمالية التي تمثل إنتقادا للأفكار التي طرحها "كارل ماركس" في نظريته المادية التاريخية، فقد تصور "ماكس فيبر" حسب نظريته الرأسمالية أن الكالفنية إلى جانب الحركات التطهيرية هي التي ولدت الظروف السيكولوجية الملائمة لبروز الطبقة البورجوازية الغربية، وهنا يمكن القول أن أفكار "ماكس فيبر" تتطابق مع إعتقاد "كارل ماركس" فيما يخص إعتماد النظام الرأسمالي على الطبقتين (البورجوازية والبروليتارية)، لكنه لا يوافقه في القول بأن العوامل المادية وحدها كافية لتفسير طبيعة المجتمع الرأسمالي والتغيرات التي تطـــــرأ عليه.[2] إذ يرى بأن البناء الفوقي للمجتمع، الوعي، الثقافة والإيديولوجية الإجتماعية كل ذلك يمثل العامل الرئيسي للتحول المادي.[3] وهذا عكس إعتقاد ماركس القائل بأن العامل المادي هو الأساس في جميع عمليات التغير الإجتماعي التي يعرفها المجتمع.

ويبدو أن مسألة التغير الإجتماعي متعددة الجوانب من حيث التناول غير أنه حسب الباحث "جيلاس فريول" مهما إختلفت وجهات النظر في هذا الشأن، فإن هناك حقيقة مفادها أن التغير الإجتماعي يمثل ظاهرة مستدامة durable وليس مجرد حدث ظرفي.[4] كما أن جل التحولات التي تنتج عن التغير الإجتماعي تعكس في أغلب الأحوال التغيرات الواسعة المجال وفي جميع العناصر المكونة للمجتمع.[5] وهذا يعني أن التغير الإجتماعي يحدد وفقا لأفكار أساسية من أهمها:

-أن التغير الإجتماعي ظاهرة إجتماعية تتميز بالإستمرارية والديمومة (سيرورة)، وليس ظاهرة مؤقتة وتتحكم فيه مجموعة من العوامل.

-يشمل التغير الإجتماعي جميع الفاعلين في المجتمع دون إستثناء ولا يخص فاعلا واحدا فقط.

وفي هذا الصدد يرى علماء الإجتماع في الوقت الحاضر أن التغير الإجتماعي يمثل حالة طبيعية من الحالات التي يمر بها كل مجتمع، ويدرج العالم "ولبرت مور" أهم الصفات التغييرية التي يعرفها المجتمع المعاصر كمايلي:

-أن التغير السريع الذي يعرفه المجتمع يعرف شكل الإستمرار والتقطع معا.

-تتميز التغيرات التي تحدث في المجتمع بنوع من التتابع والتسلسل في الأحداث مع وجود فترات هادئة للبناء، الأمر الذي يؤثر في جميع المجتمعات الأخرى.

---

(1) عايد الوريكات، المرجع السابق، ص25.

(2) دينكن ميتشل، المرجع السابق، ص191 .

(3) John J.Macionis, Op.cit, P628.

(4) Gilles Ferreol, Lexique des sciences sociales, Collection Syntèse, Série "Sociologie", Armand colin HER, Paris, 2000, P 8.

(5) Ibid, P8

-أن معدلات التغير في الوقت الحاضر أعلى من معدلات التغير في الزمن الماضي.

-يعرف التغير تسارعا في مجالات كالتكنولوجيا المادية والسياسات الإجتماعية.

-التغير الطبيعي يؤثر على خبرات الفاعلين في المجتمع في نواحي عديدة في المجتمعات المعاصرة، وذلك نتيجة لتعرض جميع عناصر المجتمعات للتغير.[1]

إن من الجدير ذكره في شأن تحديد ماهية التغير الإجتماعي والتعرف أكثر على جانب مهم لهذا المفهوم، هو محاولة التوقف عند مناقشة عوامل التغير الإجتماعي ولو بشكل سريع وإنتقائي لمن عالجوا هذا الموضوع. ولعل الباحث "غي روشي" "Guy Rocher" الذي يبدو أنه وضع نوعا من الجرد لما يعتبره عوامل وشروط مؤثرة بشكل كبير في التغير الإجتماعي في المجتمعات البشرية، و تبعا لذلك يرى هذا المؤلف أن التغير الإجتماعي الذي يحدث داخل المجتمعات يعتبر ظاهرة تاريخية تخضع لحتمية سوسيولوجية يمكن تفسير عواملها ومحدداتها. وذلك على الرغم من النقاش السائد حول ما هو العامل الذي يجعل التغير أو الإنتقال ممكنا بصفة منفردة أو بصفة مجتمعة مع عوامل أخرى، فحسب طرح "غي روشي" "GuyRocher" فإن الإطار العام لمناقشة العوامل المحددة للتغير الإجتماعي ينطلق من بداية القرن التاسع عشر (19)، والذي ينحصر في الإتجاه الماركسي (التصور المادي) الذي يرتكز على تأثيرات العوامل والظروف المادية، وفي مقابل ذلك الإتجاه التصوري الفكري، الذي يمثله "أوجست كونت" والذي يعطي الأولوية للعوامل الثقافية.[2] وفي هذا السياق يتواصل الإهتمام فيما بعد مع علماء الإجتماع المعاصرين الذين تبنوا موقف التفسير النسبي الذي لا يغّلب عاملا أو شرطا على آخر في مسألة تحليل عوامل وشروط إحداث التغير الإجتماعي.

وهذا يعني أن جل المحاولات كانت تعتمد على التعدد في العوامل والتفاعل في التأثير، فهو لا يعتقد أن التغير الإجتماعي ما هو إلا منتوج لعوامل متعددة مع الإعتراف بوجود ثقل التأثير لدى عامل دون آخر، وللإشارة فإنه يبقى هناك فهم أو إستيعاب على أنه لا يمكن إقامة نموذج مثالي عام من شأنه وصف لعامل ذي تأثير قوي مقارنة بعوامل أخرى متداخلة ومتشابكة فيما بينها تعمل على ترجيح التغير الإجتماعي هذا من ناحية، أما من ناحية أخرى يعتبر عدد غير قليل من علماء الإجتماع أنه من غير الممكن في الوضع الراهن للمعارف أن يكون نموذجا عاما أيضا يصف توازن العوامل بصفة مطلقة و معممة، لأن قضية توازن هذه العوامل تبقى تستوجب أبحاثا إمبريقية ولا يتحقق ذلك إلا في حالات تاريخية معينة.[3]

وهذا يعني أن العوامل الداخلية والخارجية المحددة للتغير الإجتماعي والظروف التي يحدث فيها تتميز بالنسبية أكثر من سيطرة عامل وحده منفرد عن العوامل الأخرى، لأن التفاعل فيما بينها هو من يؤدي إلى إحداث التغير الإجتماعي في آخر المطاف،و لعل من أبرز العوامل التي غالبا ما يتم تحديدها و تعريفها

---

(1) دينكن ميتشل، المرجع السابق، ص-ص 191-192.

(2) Guy Rocher, Introduction à la sociologie, le changement social, Edition HMH, Paris, 1968,P 33.

(3) Ibid, P.P 33.34.

بخصوص عملية التغير الإجتماعي، والتي عادة ما إحتدم حولها النقاش وكانت محل إهتمام البحث السوسيولوجي هي التي تمثل السياق السوسيو-تاريخي وتنحصر في العوامل الديموغرافية، التكنولوجية، البيانات الإقتصادية والأطر القيمية المعيارية، ويضاف إلى ذلك عوامل أقل تأثير من سابقتها في عملية التغير الإجتماعي، كما هو الحال بالنسبة للوسط الطبيعي كالمناخ، أو العرف غير أنها تقل أهمية عن العوامل السابق ذكرها.(1)

وعلى الرغم من ا لأطر المعرفية التي وضعها المفكرون وعلماء الاجتماع في شروحاتهم لمفهوم التغير الإجتماعي إلا أن هذا الأخير لا يزال يطرح صعوبات في تحديده، وبخاصة في بعض الكتابات التي تصب في معنى الإنتقال من حال إلى حال، فبالنسبة للباحث"غي روشي" "Guy Rocher" فإن كل مجتمع إنساني يعرف ظاهرة التغير الإجتماعي والتي هي حالة الإنتقال من وضع "أ" إلى الوضع "ب" دون الحكم على هذا الإنتقال بالإيجاب أو السلب خلال مرحلة زمنية محددة.(2) وهنا يظهر أن العامل الزمني يمثل أحد المحددات الهامة في عملية الإنتقال والتغير، وفي نفس السياق يمكن توضيح أكثر معنى الإنتقال من حال إلى حال على النحو التالي:

- من مجتمع تقليدي إلى مجتمع حديث.
- من إقتصاد معاشي إلى إقتصاد صناعي.
- من مجتمع ريفي إلى مجتمع حضري.
- من إيديولوجية المقدس إلى إيديولوجية مدنية.
- من سياسة التبعية إلى سياسة المشاركة.
- من منتشر متعدد المظاهر إلى علاقات تعاقدية.
- من أسرة ممتدة إلى أسرة حديثة.
- من حالة نظرية إلى حالة منجزة.(3)

من هذا المنطلق يظهر جليا أن هذه التنقلات والتحولات تعتبر من أهم المتغيرات والمؤشرات الدالة على أن التغير الإجتماعي يمثل إحدى السنن المسلم بها، أو التي تعبر عن تفاعل أنماط الحياة الإجتماعية على إختلاف أشكالها، كما تعبر عن العديد من المظاهر التي تعكس فكرة التغير، كما هو الحال بالنسبة للإنتقال من التقليدي إلى الحديث، ومن الريف إلى الحضر.....إلخ، وهذه جميعها مظاهر مصاحبة للتغير الإجتماعي أصبحت تؤثر على صحة الإنسان بصورة أو بأخرى إلى درجة جعل الحياة الإجتماعية غير مستقرة، وتحطيم الروابط وبعض الممارسات والقيم العتيقة وإستبدالها بكل ما هو حديث و عصري، مما أدى إلى ضعف إستيعاب العديد من جوانب الحياة الإنسانية لذلك، وبخاصة في شقها الصحي، ولعل الإنتقال

(1) Ibid, P34.
(2) Ibid, P33.
(3) R.Boudon, F.Bouricaud, Dictionnaire critique de la sociologie, presse universitaire de France, France, 1990, P 70.

والتحول الذي حدث لنوعية الأمراض -إن صح القول- لخير دليل، أي الإنتقال من الأمراض المعدية التي عرفتها معظم المجتمعات سابقا إلى الأمراض المزمنة التي باتت تمثل عائقا حقيقيا لمسألة التنمية الشاملة. وهذا على الرغم من عدم القضاء الكلي على الأمراض المعدية، بل لازالت بعض المجتمعات وخاصة النامية منها تعاني من إزدواجية في الأمراض.

المطلب الثاني: التغير في نمط الحياة كمظهر عام للتغير الإجتماعي وإنتشار الأمراض المزمنة.

إن التغير الإجتماعي يعتبر حقيقة واقعة فعلا في كل المجتمعات، فالمجتمع الإنساني بما يشمله من أنماط الحياة الإجتماعية وعادات وتقاليد ونظم لا يبقى على حال واحد، والتغير في نمط الحياة يمثل أبرز وأهم مظاهر التغير الإجتماعي، والدليل على ذلك التمايز الكبير بين ما كان سائدا من عادات الملبس والمأكل والآراء في المجتمعات في عصر مضى وما هو سائد من تعديلات على هذه العناصر الحياتية في الوقت الحالي، وهذا ناهيك عن التغيرات التي حدثت على مستوى النظم الكبرى السياسية والإقتصادية والإجتماعية...إلخ.

وكما هو معروف فإن الأفراد يخضعون للعيش بشكل مباشر وغير مباشر لنمط الحياة السائد في مجتمعاتهم، بإعتبار أن نمط الحياة هو أحد المؤشرات الهامة لنوعية ومستوى العيش في المجتمع لكونه إنعكاس للأسلوب الذي يحي به الفرد، ومرتبط بشكل كبير بممارساته وسلوكاته المتعددة في ظل التغيرات الحاصلة في المجتمع. [1]

وقبل الخوض في إستعراض مؤشرات التغير في نمط الحياة، يمكن التطرق ولو بشكل سريع للأصول الإجتماعية الموضحة لمفهوم نمط الحياة باعتباره من المفاهيم ذات الأهمية الكبيرة في تفسير السلوك الإنساني، فنمط الحياة الذي يتبناه الأفراد والجماعات يمثل في الواقع ممارسات إجتماعية وطرق معيشية تعكس هوية الفرد الإجتماعية والإقتصادية، ولذلك قد حظي مفهوم نمط الحياة باهتمام العلماء أمثال "فيبر، جدنز، وبورديو" وغيرهم.[2] وفي هذا الصدد وبإختصار يظهر من أعمال "ماكس فيبر" عالم الإجتماع ومن أفكاره الكلاسيكية، أنه ربط المكانة وأسلوب الحياة عندما أشار إلى الصفات المميزة للمكانة، حيث أشار إلى أن الطبقات الإجتماعية تتدرج تبعا لنمط الإنتاج وتنوع الخدمات، وهذا بالمقارنة مع مكانه الجماعات التي تتدرج وفقا لمبادئ الإستهلاك التي تعكس الأنماط الحياتية.[3]ويعني ذلك عدم الفصل ما بين الإنتاج والإستهلاك وبالتالي فمكانة الجماعة تبقى مرتبطة بالإستهلاك.[4] ويضيف "فيبر" أن أنماط الحياة لها أنماط إستهلاكية وليست أنماط إنتاجية كما يعتقد الماركسيون، كما أن الأنماط الحياتية تتشكل بناء على تفاعل إجتماعي بين الخيارات الحياتية والفرص الحياتية. [5] وهنا تظهر أهمية الفهم التفسيري للموقف التفاعلي. أما عالم الاجتماع "أنتوني جدنز" فقد أدرك أن النمط أو الأسلوب الحياتي ما هو إلا محصلة للفرص و المحددات

---

[1] محمود خليل الشاذلي و آخرون، طب المجتمع، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية للشرق الأوسط، بيروت، 1999، ص 661.

[2] عايد الوريكات، المرجع السابق، ص-ص 71-72.

[3] William.C.Cockerham ,Op.cit, P-P 101-102.

[4] Ibid , P103.

[5] عايد الوريكات، المرجع السابق، ص72.

الأخرى، وهذا بناء على مكانة الفرد في الطبقة، غير أنه في هذه الحالة ليس للفرد خيارا إلا أن يختار نمطا حياتيا لإثبات هوية ذاته، وفي رأي "جدنز" فإن الحداثة قد قدمت تنوعا كبيرا بين الأفراد بغض النظر عن الطبقة فإن الثقافة لا يمكنها التخلص بصورة نهائية من الخيارات المتاحة، ويضيف "جدنز" أن المصادر الخارجية لها أهمية كبيرة في التأثير على نمط الحياة والخيارات المتاحة للأفراد، ومن أبرز تلك المصادر يشير إلى ضغوط الجماعة، نماذج الدور والمكانة الإقتصادية والإجتماعية.

وفيما يخص مساهمة "بيار بورديو" "Pierre Bourdieu" حول مسألة نمط الحياة، فقد رأى هذا الأخير أن مختلف الأفعال التي تعتمد على البناء سوف تعيد إنتاجه والتي هي في الأصل مشتقة منه، كما أوضح بأن العادة مثلا لها دور في خلق وإعادة إنتاج الأنماط الحياتية، ولقد أكد "بورديو" على دور البناء أي أن الممارسات الإجتماعية تتضمن بيان أهمية البناء الإجتماعي، كما أن الخيارات الحياتية تكون حتمية نتيجة الفرص الحياتية على الرغم من أن الأفراد يختاروا أنماط الحياة ولكن ليس بمحض الصدفة بشكل تام.[1] ومن خلال هذه العجالة يمكن القول أن نمط الحياة له أصول إجتماعية ذات علاقة عضوية مع الصحة والمرض.

ومن الحقائق التي ينبغي الإشارة إليها أن حالات التغير الإجتماعي والإنتقال في أنماط العيش من المجتمعات البسيطة الميكانيكية المتجانسة إلى المجتمعات المعقد العضوية وغير المتجانسة، قد تتعرض خلال مرحلة اللإستقرار إلى ضغوطات كثيرة تنعكس سلبا على صحة الأفراد.[2] ولعل ما حدث للمجتمعات النامية العربية دليل على ذلك، حيث أن المرحلة الإنتقالية غير المستقرة في جميع مناحي الحياة قد فرضت على أفراد المجتمعات ضغوطا حياتية نفسية وإجتماعية، عادات غذائية ضارة بالصحة. وهذا نتيجة تبعات إقتصاد السوق وإرتفاع الأسعار والتضخم، الأمر الذي جعل معظم هذه المجتمعات يعاني من الأمراض العصرية المزمنة كالضغط الدموي، داء السكري....إلخ.[3] وهذه النوعية من الأمراض تمثل في حد ذاتها الإنتقال الحقيقي إلى وضع صحي جديد بات يعرف بإنتشار الأمراض غير المتنقلة.

إن الوضع الإقتصادي الذي يتميز بالفقر والحرمان في ظل الإعتماد على القطاع الفلاحي والذي عاشته مجتمعات ولازالت تعيشه أخرى، قد إرتبط بوضع صحي معين ألا هو الإنتشار الواسع للأمراض المعدية، غير أن الإنتقال إلى التصنيع والتكنولوجيا إستتبعه تحول من وضع صحي وبائي إلى وضع صحي مزمن، الأمر الذي يظهر بالخصوص في التحول الذي شهدته المجتمعات المتقدمة بالتوازي مع إنطلاق عمليات التحضر والتحديث في بداية القرن العشرين.[4] ويبدو أن هذا الوضع الصحي الجديد قد إرتبط فعلا بالتغير الإجتماعي السريع الذي حدث في هذه المجتمعات، فحسب إعتقاد كل من "توفلر و ولور" " Lauer et Toffler" أن التغير الإجتماعي سواء من حيث المعدل أو من حيث الطبيعة يؤثر في مستويات

---

[1] نفس المرجع، ص-ص 75-76.

[2] نفس المرجع، ص 279.

[3] نفس المرجع، ص 261.

[4] يعقوب يوسف الكندري، المرجع السابق، ص 287.

الصحة والمرض، فعندما يكون المجتمع بمؤسساته ونظمه وقيمه وعاداته وتقاليده في حالة تغير إجتماعي سريع وشامل تزداد إحتمالات الضغوط وصعوبات التكيف التي ترتبط بالحالة الصحية للفرد والجماعة.[1]

وحسب نتائج بعض الدراسات فإن التغير الإجتماعي السريع وما يفرزه من ضغوطات نفسية وإجتماعية له تأثيرات سلبية متعددة على إنتشار الإصابة بالأمراض السيكوسوماتية، ومن تلك الدراسات ما قام به "هولمز ومارسودا" "Holmes et Marsuda"، حيث هدفت دراستهما إلى إكتشاف مدى تأثير التغير الإجتماعي على الإصابة بالمرض وبخاصة منه المرض النفسي، وذلك من خلال تطبيقهما لمقياس التكيف الذي يعني إعادة التكيف الإجتماعي، وأسفرت النتائج على أن نسبة الأفراد الذين يواجهون تغيرات جذرية في واقعهم الإجتماعي يشكون من الأعراض المرضية أكثر من غيرهم من الذين لا يشعرون بهذه الأعراض المرضية.[2]

وفي هذا السياق أكد "إحسان محمد الحسن" في دراسة له حول دور العوامل الإجتماعية المؤثرة في المرض و الوفاة، أن التغير الإجتماعي السريع والمفاجئ يعتبر من أهم العوامل الإجتماعية المسببة للأمراض وبمعدل عال قدر بـــ88%، حيث رأى أن الفرد في المجتمع يتعرض إلى تغيرات إجتماعية سريعة وفجائية نتيجة الظروف التي يعيشها في المحيط الإجتماعي، كما هو الحال بالنسبة لإنتقال الفرد من سلم إجتماعي إلى آخر هذا من جهة، ومن جهة أخرى قد يتعرض الفرد إلى الأزمات الإجتماعية والتي تؤدي إلى تغير بنية المجتمع ومؤسساته كالأزمات العسكرية والإقتصادية والحروب، وتفاقم المشكلات الإجتماعية والإقتصادية وكل ما يشكل مصدرا للضغط على صحة الفرد.[3] ولذلك ليس من السهولة بمكان مواجهة هذه الحالة أو التصدي لها.

وقد يزداد تأثير الإنتقال الإجتماعي السريع حسب دراسة "دريسلر" "Dressler" في حالة الأنماط الحياتية غير المنسجمة أو المتنافرة مع الصحة، أي أنها عندما تكون طموحات الفرد والأسرة صعبة المنال، وهذا يعني أن الفرد يحاول أن يعيش نمط حياتي مرتفع وراقي، غير أن هذا الطموح لا ينسجم مع مستواه التعليمي أو مكانته المهنية، الأمر الذي تم وفقا لقياس نمط الحياة من خلال إمتلاك بعض الوسائل الإستهلاكية كالثلاجة والتلفزيون والكاميرا...إلخ، والتقارير الذاتية السلوكية (مشاهدة التلفاز والرحلات الترفيهية والسفر ومشاهدة أفلام السنيما ...إلخ). ولقد توصلت نتائج هذه الدراسة إلى أن الضغوط المهنية أو الوظيفية للأسرة وتناقض نمط وأسلوب الحياة مع هذه الأخيرة (مع الوظيفة أو المهنة)،من المتغيرات الرئيسية للعائلات التي يتواجد بها أفراد يعانون من الأمراض المزمنة، وبتعبير ثاني قد أكدت الدراسة أن الأفراد الذين يعيشون أنماط حديثة لا تتناسب ولا تتلاءم مع مستواهم المعيشي ووظائفهم هم الأكثر عرضة

---

[1] الوحيشي أحمد بيري، عبد السلام بشير الدويبي، المرجع السابق، ص 101.

[2] نفس المرجع ، ص-ص 101-102.

[3] إحسان محمد الحسن، المرجع السابق، ص237.

إلى الأمراض المزمنة.[1] وبالإضافة إلى سمة الضغوط النفسية والإجتماعية التي برزت ضمن سمات التغير في نمط الحياة الحديثة لدى الأفراد والجماعات، تضاف سمات أخرى باتت تترجم التطور الكبير الذي طرأ في العقود الأخيرة على حياة الأفراد.[2] وبخاصة في مسألة قلة النشاط البدني أو ما يصطلح عليه بالتحضر الذي بات تقابله عادات غذائية تتوفر على كميات إضافية عن حاجة الإنسان من الطاقة، بإعتبار التغير الإجتماعي له دور في الظروف البيئية المهنية للمرض، مما ينتج عنه من تعديلات في الأنماط السلوكية والتي من أبرزها الأنماط الغذائية.[3] وقبل تناول هذا المظهر البارز من مظاهر التغير الإجتماعي يمكن إستعراض نمط الحياة الذي كان يميز معيشـــة الأفـــراد قديما، حيث لم تكن هناك وسائل الراحة وطرق العيش في رفاه متوفرة بالقدر التي هي عليه في الوقت الحالي في المجتمعات المعاصرة هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى كان النشاط الجسماني يتحقق بشكل تلقائي عبر السعي الذي كان مفروضا على الإنسان في ظل نمط حياة معين (الفلاحة والزراعة والصيد....إلخ) لأجل توفير حاجياته الأساسية للعيش، وهذا يعني أن الإنسان في الماضي القريب إن -صح القول- كان يكتسب بنية قوية ولياقة بدنية من نمط الحياة التي يعيشها وعمله اليومي والذي يفرض عليه النشاط والحيوية، بإعتبار أن العمل ومختلف طرق العيش والحياة كانت تعتمد على القدرات الجسمانية.[4]

وفي هذا الشأن توجد أبحاث عديدة تشير إلى أن قلة النشاط الجسماني وعدم المقدرة بالقيام على أعباء الحياة اليومية (الخمول) وخاصة لدى المتقدمين في السن، يزيد من التدهور الصحي والتعرض أكثر للإصابة بالأمراض المزمنة كالضغط الدموي و أمراض شرايين القلب.[5] لذلك فوضع برنامج ملائم للنشاط البدني يعتبر أسلوب وقائي من مخاطر الإصابة بهذه الأمراض، ويرتبط التغير في نمط الحياة بجانب آخر من جوانب المعيشة، وهي التغذية غير الصحية ونمط الإستهلاك الحديث المفرط للمنتجات الحيوانية وما تحتويه من الدهون المشبعة بالكلسترول، مما زاد من إرتفاع للإصابات بالأمراض العصرية المزمنة كأمراض القلب.[6] وكذا الإفراط في إستهلاك السكريات النقية والمشروبات الكحولية، الأمر الذي زاد بدوره من الإصابة بالسمنة والأمراض المرتبطة بها كالضغط الدموي وداء السكري، وعلى الرغم من أن مشكلات التغذية المفرطة كانت تعرف بها المجتمعات الغنية إلا أنها تجاوزت مستوى المجتمعات الغنية إلى المجتمعات النامية .

---

[1] عايد الوريكات، المرجع السابق، ص205.

[2] Howard.E.Freeman, Sol Levine, Handbook of Medical sociology, Englewood cliff, United States of América, 1989, P33.

[3] مصطفى القمش، خليل معايطة، سحر مخامرة، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، الأردن، 2000، ص37.

[4] زين حسن بدران، أيمن سليمان مزاهرة، الرعاية الصحية الأولية، دار الميسرة للنشر والتوزيع والطباعة،عمان، ط1، 2009، ص73.

[5] نفس المرجع،ص-ص 77-78.

[6] فوزية العوضي، أمراض سوء التغذية، المؤسسة الخليجية للدعاية والإعلان، الكويت ، ط1 ،1981، ص8.

وللإشارة فإن المجتمعات الغنية قد إنزلقت وهي تحاول الوصول إلى التغذية الكافية أو التغذية المثلى إلى الإفراط الغذائي، نتيجة الرخاء الغذائي وتحول الذوق الغذائي إلى التركيز على إستهلاك الأغذية العالية النقاوة المنخفضة الألياف لتصدم وتبتلى بأمراض العصر المزمنة كالضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب، ولقد تسبب أيضا هذا الذوق الغذائي العام لهذه المجتمعات في مشكل صحي غذائي، والذي بات يميل نحو الإكثار من إستهلاك –كما سبقت الإشارة إليه- الدهون الحيوانية والأغذية ذات الأصل الحيواني والسكريات النقية والعالية الكثافة، يضاف إلى ذلك التمسك بالعادات الإجتماعية الراقية المرتبطة بها، الأمر الذي أدى في نهاية المطاف إلى إنتشار ظاهرة السمنة في هـــذه المجتمعات.[1]

وفي هذا الصدد تشير الدراسات الحديثة إلى أن ظاهرة السمنة التي أصبحت تعرف إنتشارا واسعا في السنوات الأخيرة، تمثل مظهرا هاما من مظاهر التغير في نمط الحياة ومؤشراته (التحضر والتغير في عادات التغذية...) هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى تعتبر السمنة أحد أبرز عوامل الخطر المتسببة في أمراض العصر المزمنة كالضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب.[2] وهذا ما يتضح من الدراسة الابدميولوجية حول إنتشار السمنة التي أجريت في المجتمع الجزائري من طرف المعهد الوطني للصحة سنة 2005، ووفقا لمشروع البحث في عملية الإنتقال الإبدميولوجي وآثاره على الصحة في دول شمال إفريقيا، ولقد تكونت عينة هذه الدراسة من 4818 أسرة تم أخذ من كل أسرة شخص واحد في سن محدد ما بين 35 إلى 70 سنة، وتمت الدراسة عبر ثلاث مناطق وهي منطقة التل ومنطقة الهضاب العليا ومنطقة الجنوب.[3]

أما بالنسبة للنتائج التي أسفرت عنها في هذا الشأن، فإنها أظهرت أن ظاهرة السمنة باتت تنتشر عند الأشخاص غير النشطين مقارنة بالأشخاص النشطين، حيث قدر المعدل بـــ61.34% لدى الأشخاص غير النشطين مقابل 44.25% لدى الأشخاص النشطين، وهذا بالنسبة لنوع السمنة من الدرجة الأولى* أما بالنسبة للسمنة الإجمالية فقد قدر المعدل بـــ25.54 % للأشخاص غير النشطين مقابل 12% للأشخاص النشطين، في حين قد تم تسجيل للنوع الثالث من السمنة وهو السمنة البطنية (التكرش) معدل يقدر بـــ66.30% للأشخاص غير النشطين مقابل 41.16% للأشخاص النشطين.[4] ولعل أبرز مضاعفات السمنة الخطيرة التي بينتها الدراسة شكلت عامل خطر بأنواعها الثلاث للإصابة بأمراض مزمنة كالضغط الدموي وداء السكري، حيث قدر المعدل للأشخاص الذين يعانون من السمنة في درجتها الأولى، ويعانون من الضغط الدموي والسكري على التوالي بـــ31.96%و 15.27%. أما بالنسبة للأشخاص الذين يعانون من

---

[1] نفس المرجع،ص8.

[2] Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Institut National de Santé Publique, Transition épidémiologique et système de santé, Projet TAHINA, L'obésite chez l'adulte de 35 à 70 ans en Algérie, Op.cit, P12.

[3] Ibid, P.P, 9.18.

* يحدد نوع السمنة وفقا لعملية قياس الوزن والطول، ولمزيد من المعلومات عن هذه العملية، أنظر المطلب الرابع الذي خصص لظاهرة السمنة من المبحث الأول، الفصل الثالث.

[4] Ibid, P,P, 29,35,41.

السمنة الإجمالية والضغط الدموي والسكري، فقد قدر المعدل لديهم بـــ93.30%و 18.50%، وأخيرا وجد أن الأشخاص الذين يعانون من السمنة البطنية والضغط الدموي والسكري قد بلغ المعدل لديهم 37.07%و 17.42%.[1]

إن التأمل في نتائج هذه الدراسات التي أكدت الحقيقة الهامة التي مفادها أن التغير في نمط الحياة وما صاحبه من قلة النشاط البدني أو التحضر، عادات التغذية السيئة والسمنة، لم يبق يقتصر على المجتمعات المتقدمة وإنما أخذ في التوسع والإنتشار في أوساط المجتمعات النامية بما فيها المجتمع الجزائري، وهذا بسبب مضي حركة الإقتصاد العالمي التي تمثل الجزء الحيوي من حركة الحياة، وهنا يظهر جيدا أن المناخ الإقتصادي الذي إصطنعه النظام الإقتصادي الرأسمالي هو من فتح الشهية لنموذج الإستهلاك الذي أدى إلى زيادة طلب السلع والمنتجات على أوسع مدى.[2] وعليه فإن جزء كبيرا من التركيز يتحول في إطار مناقشة التغير في نمط الحياة إلى صورة أخرى من صور هذا الأخير، وهي الإستهلاك الذي يعني "مجموع المنتوجات والخدمات التي يقتنيها الفرد إنطلاقا من المداخيل".[3]

والجدير ذكره حول الإستهلاك كظاهرة إجتماعية أنه يتأثر بإحتياجات ورغبات وأذواق الأفراد من فئة إجتماعية إلى أخرى، بإعتباره ليس عملية إقتصادية بحتة وإنما له أبعاد رمزية وثقافية تحدد أدوار ومكانات إجتماعية معينة.[4] الأمر الذي قد يكون مصدرا للضغوط الحياتية لدى فئات إجتماعية دون غيرها نتيجة زيادة الفوارق الإجتماعية التي تظهر في تبني نموذج إستهلاكي معين، وما حدث في المجتمع الجزائري في مطلع الثمانينات أحسن مثال على ذلك، حيث تغير التوجه الإقتصادي باتجاه الليبيرالية التي فتحت مجالا واسعا للإستهلاك تحت شعار من أجل حياة أفضل، و لم تمر سنوات قليلة حتى إرتفعت معدلات الإستيراد في كل المجالات، وبخاصة من المواد الغذائية والأجهزة الإلكترونية.....إلخ، الأمر الذي أدى إلى خلق الفوارق الإجتماعية التي إنعكست في ظهور فئة إجتماعية غنية جديدة (أو طبقة بورجوازية صاعدة تكونت في ظل النموذج الإقتصادي الإشتراكي وكونت ثروات هائلة في هذه الفترة)، ولقد ترأست هذه الفئة الإجتماعية السلم الإجتماعي بسرعة فائقة وكان من أبرز ممارساتها أنها روجت نموذجا إستهلاكيا مبنيا على المظاهر الخارجية، وكما هو معروف فإنه غالبا ما تتظاهر فئة المترفين بالثراء دون خجل، ولهذا السبب تولد الحرمان والإحباط واليأس لدى الفئات الإجتماعية الأخرى وبخاصة للطبقة الوسطى التي حرمت نسبيا من التمتع بفوائد مداخليها بسبب سياسة التقشف.[5]

---

(1) Ibid, P,P,33,45,51 .

(2) صلاح الدين علي الشامي، الإستهلاك ظاهرة بشرية في الرؤية الجغرافية، منشأة المعارف، القاهرة، 1984، ص-ص 229-230.

(3) علي لونيس، الأبعاد الإجتماعية والثقافية لسلوك المستهلك العربي، المكتبة العصرية للنشر والتوزيع ، مصر، ط1، 2008 ، ص10.

(4) رشيد ميموني، تحليل بعض العناصر الإجتماعية والثقافية لدراسة نمط الإستهلاك في الجزائر، دفاتر مخبر التغير الإجتماعي، جامعة الجزائر، مخبر التغير الإجتماعي، الجزائر، العدد7، 2007، ص-ص 194-195.

(5) نفس المرجع، ص-ص 197-198 .

يضاف إلى ذلك تعميق الفوارق الإجتماعية والحصول بالأسلوب الإنتقائي على السلع والخدمات وتهميش فئات عريضة من المجتمع، وتراجع القيم التضامنية التقليدية لصالح النزعة الفردية الجامحة، الأمر الذي أدى إلى التوتر الإجتماعي الدائم وحركة الإحتجاج الدائمة والانحراف إلى جانب الإنتشار الواسع للذوق السيئ وكل ما يؤثر في السلم الإجتماعي سلبيا هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى فإن النموذج الإستهلاكي بقيمه، المتغيرة يرتبط أشد الإرتباط في علاقة جدلية مع النموذج الثقافي، هذا ما يظهر في هيمنة قيم مستمدة من مجتمع غربي إستهلاكي من حيث الصراع القيمي، الذي يؤدي إلى سلوكات وممارسات إستهلاكية تكون متناقضة في الغالب، كما هو الحال بالنسبة لإزدواجية القيم في مجالات عديدة أهمها العادات الغذائية (المأكولات والحلويات الغربية التي باتت تنتشر يوم بعد يوم.[1]

ولعل من أبرز العوامل التي ساهمت في صياغة هذا النمط الإستهلاكي والنماذج الثقافية الإستهلاكية المختلفة هو عامل الترويج عن طريق وسائل الإعلام الغربية (التلفزيون، الهوائيات المقعرة)، ويلاحظ أن الأفلام والإشهار هي أبرز الأساليب التي تكشف المجتمع الإستهلاكي، وتظهر غالبا الفارق في مستويات المعيشة، الأمر الذي يرفع من الدافعية لإكتساب المنتوجات الغربية بمختلف الطرق والأساليب والتباهي بإستهلاكها، رغم إختلاف القيم والحاجة لها ومبررات إكتسابها ويحصل هذا السلوك الإستهلاكي لدى بعض الجزائريين في ظروف الندرة والأزمة الإقتصادية، ولعل السبب في ذلك يرجع إلى ضعف المناعة الثقافية والإنبهار اللا متناهي بالمجتمعات الغربية وبسبب قلة المنتج المحلي كما وكيفا.[2]

وقصار القول أن العديد من مظاهر الإستهلاك في المجتمع باتت ترتبط بالنموذج الإستهلاكي والنمط المعيشي السائد في المجتمع الغربي المعروف بالصناعات الإستهلاكية الواسعة الإنتشار، والتي تتسبب في أمراض عديدة منها أمراض العصر المزمنة، وبالتالي فالتغير في نمط الحياة يمثل حقيقة أحد النتائج الهامة للتغير الإجتماعي في المجتمعات، والذي تترتب عليه تغيرات مصاحبة تشمل الأسس التي تقوم عليها الحياة الإجتماعية.

وبهذا المعنى يمكن الإشارة ولو بشكل سريع إلى معرفة نموذج الإستهلاك المفرط الذي تعلق به الأفراد في المجتمعات الغنية وحتى في المجتمعات النامية والإستهلاكية، ومن الواضح أن سلوكات مثل التبذير والإسراف هي التي باتت تشكل السمة الأكثر إثارة في الشوارع الكبرى والمتاجر الكبرى، وبخاصة لما يتعلق بالمواد الغذائية وأطباق الأطعمة التي تعرض بأشكال مختلفة.[3] وتتسم هذه المسألة فعلا بنوع من التغرير بالأفراد في طريقة عيشهم، وحتى بصحتهم، الأمر الذي يدفع بهم تحت ضغط إجتماعي إلى إستهلاك

---

[1] نفس المرجع، ص-ص 199-200 .

[2] نفس المرجع، ص200.

[3] جان بودريار، المجتمع الإستهلاكي، دراسة في أساطير النظام الإستهلاكي وتراكيبه، ترجمة: أحمد خليل، دار الفكر اللبناني، بيروت،1995، ص-ص 10-12 .

منتوجات غذائية قد تكون ضارة بصحتهم، وعادة ما تهيمن الفئة الإجتماعية الثرية على نموذج إستهلاكي وتحاول فرض قيمها وتسعى إلى تحقيق أهدافها.

المبحث الثاني: مراحل الإنتقال الوبائي نحو الأمراض العصرية المزمنة.

مما لا شك فيه أن منذ بدء الخليقة والإنسان يسعى جاهدا بكل ما أوتي من قوة وتفكير وعمل وممارسات وطقوس للوصول إلى أحسن مستوى ممكن من الصحة، ليعيش حياة عادية خالية من الأمراض والأوبئة والصراع من أجل البقاء، لذلك إستعمل شتى الوسائل والطرق لتجاوز مرحلة الأمراض المعدية التي كانت تهاجم الجسم الإنساني وتتسبب في الوفاة.

في كل الأحوال فقد فرضت نوعية الأمراض المعدية على الإنسان عبر التاريخ إيجاد أنواع من المعالجة الطبية وغير الطبية، وكانت النتيجة الوصول إلى القضاء على معظمها وعلى الأقل الوصول إلى التقليل من حدتها في العصر الحديث، وفي المقابل ومع التطورات الإجتماعية الحاصلة قد حدث نوع من الإنتقال إلى أمراض باتت ترتبط بنمط الحياة العصري وتتميز بعامل الإزمان وتشكل مشكلة صحية وإجتماعية حقيقية، على الرغم من الأساليب الطبية المستحدثة في مجال الوقاية من الأمراض، ولأجل فهم وإستيعاب هذا الإنتقال من وضع صحي إلى آخر، تم تخصيص هذا المبحث لمعرفة كيفيات التناول والدراسة الخاصة بنطاق حدوث الوباء وتوزعه، وكذا تبيان أبرز مراحل الإنتقال التي مر عليها الوضع الصحي حتى وصل إلى ما هو عليه الآن.

المطلب الأول: دراسة الإنتقال الوبائي في نطاق البعد الإجتماعي.

إن الوباء أيا كان نوعه فإنه يتخذ بعدا طبيا يتمثل في فهم كيفية ظهور الأعراض الخاصة والمتكاملة لمرض معين يصيب فردا أو جماعة، ومعالجة الأعراض ومحاولة الحد من مضاعفاتها والوقاية من مخاطرها هذا من ناحية ومن ناحية أخرى فإن الدراسات المعاصرة تكشف أن هناك بعد آخر للوباء أو المرض وهو البعد الإجتماعي، الذي يلقي الضوء على أهمية العوامل الإجتماعية في إحداث الوباء وعلاجه والوقاية منه أيضا وعلى هذا الأساس إمتد نطاق دراسة الأمراض من الجوانب البيولوجية ليشمل الحياة الإجتماعية للمريض (الطبقة الإجتماعية، السن، النوع....)، ونظرا لعدم حدوث المرض بنفس الدرجة في كل المجتمعات ومختلف الأمكنة والأزمنة أو عدم حدوثه بطريقة منتظمة أو عشوائية ، فإنه من الممكن أن يكون ميدانا للمعرفة السوسيولوجية.[1] وبالتالي تطبيق أساليب البحث الإجتماعي لفهم أسباب تباين حدوث المرض وعوامله ويمكن بشيء من العمومية تتبع البدايات الأولى في هذا الشأن، ولاشك أن موضوع المتغيرات الإجتماعية وعلاقته بالصحة والمرض له جذور تاريخية ترتبط بنشأة وتطور علوم الطب والعلوم الأخرى التي تناولت السياق الإجتماعي كعلم الإجتماع الطبي، الأمر الذي يظهر من خلال تداخل العلاقة بين العلاج ومفاهيم الصحة والمرض وبين العادات والتقاليد والأعراف والقيم والمعتقدات السائدة، ولقد كان الإنسان

[1] محمد علي محمد وآخرون، دراسات في علم الإجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية،2011، ص39 .

البدائي يعمل جاهدا للعيش في حياة أفضل ففي المجتمع البابلي حظي الطب بإهتمام كبير إلى جانب الإهتمام بتنظيم العلاقات الإجتماعية بين أفراد المجتمع الأشوري، وتجسد هذا الأمر بشكل خاص في تحديد العلاقة بين الطبيب والمريض والمجتمع، حيث كتب "أن على المجتمع أن يكرم الطبيب إذا ساهم في شفاء المريض ويعاقبه عند فشله".[1]

وعند النظر إلى اليونان القدامى تبين أنهم قاموا بربط الطب بالمجتمع، بعدما وضع "أبو قراط" (460-377ق.م)نظريته عن الأمزجة الأربعة للإنسان، وأشار إلى أن للبيئة والظروف الإجتماعية أثرا على صحته، وفي تاريخ المجتمع الأوروبي وبشكل محدد في أوساط القرن 14 كتب "ألبير كامو" في روايته عن مرض الطاعون أن من أبرز أسباب إنتشار هذا الوباء هي الظروف المعيشية السيئة كالفقر ، الجهل وتدني المستوى الصحي لسكان أوروبا.[2]وبالنسبة للحضارة العربية الإسلامية فقد وجد أن في إهتمامات "إبن سينا" في كتابه القانون قد تمحورت حول أهمية التشخيص كما تمحورت حول البحث في العوامل البيئية، والظروف المعيشية والأسرية لوضع أسس العلاج وأسبابه.

ولعل التغيرات الكبيرة والعميقة التي شهدتها بعض المجتمعات في بداية القرن الثامن عشر هي التي ساهمت في ربط الجوانب الطبية بالجوانب الإجتماعية، نظرا للآثار التي أصبحت تنتج عن تطور الصناعة والمدن الصناعية وكثافة السكان، الأمر الذي أدى إلى ظهور الأوبئة المتعددة، بيئية ومهنية(لدى العمال)، وقد برزت كنتيجة لهذه التطورات التي طالت معظم المجتمعات محاولات لربط ما هو طبي بما هو إجتماعي من خلال أنظمة التأمين الإجتماعي، لأجل تحقيق نوع من العدالة الإجتماعية وضمان حياة أفضل للأفراد.[3] وهذا مؤشر قوي يدل على التوجه الإجتماعي نحو أهمية إعتبار الصلة القوية بين الظروف الإجتماعية للعمال وأحوالهم الصحية، وعلى الرغم من قدم التأثير المتبادل بين أساليب علاج الأمراض والواقع الإجتماعي، فإن دراسة هذه العلاقة في سياقها الإجتماعي المنتظم والمنهجي قد جاءت متأخرة مع نشأة علم الاجتماع وفروعه كعلم الاجتماع الطبي.[4]وغير ذلك من العلوم الأخرى حديثة النشأة كالإبدميولوجيا الإجتماعية، أي منذ أن نادى "إبن خلدون" في مقدمته بأهمية دراسة العمران البشري والإنتقال من البداوة إلى العمران، وتأكيد "دور كايم" الإتجاه العلمي في دراسة الظواهر الإجتماعية بفعل إنتقال المجتمعات من المرحلة الميكانيكية إلى المرحلة العضوية. وكما إقترح "ماركس" الإنتقال من الإقطاع إلى التصنيع.[5] وهكذا ومع نهاية القرن التاسع عشر وبداية القرن العشرين برزت بوادر الإهتمام أكثر بدراسة الأوضاع الصحية والمرضية لأفراد المجتمع وواقعهم الإجتماعي، وكانت البدايات الجادة مع نشأة علم الإجتماع الطبي في المجتمع الألماني على يد كل من "فيرشو وسلامون ينومان" وكذلك على يد "موللر

---

[1] الوحيشي أحمد بيري، عبد السلام بشير الدويبي، المرجع السابق، ص-ص 41-42.

[2] نفس المرجع، ص 102 .

[3] نفس المرجع، ص-ص 42-43.

[4] نفس المرجع، ص 44 .

[5] عايد الوريكات، المرجع السابق، ص 180 .

ولاير" سنة 1914 عندما أطلق إسم علم إجتماع المعاناة، وقد كان لبحوث "بيرد وبريتشارد وجون يود" في المجتمع البريطاني أثر واسع على زيادة الإهتمام بهذا العلم في أوائل القرن العشرين، أما في المجتمع الأمريكي فقد أخذ هذا الأخير إتجاها تطبيقيا تجسد في العديد من المحاولات الجادة في أواخر الستينيات من خلال العمل الذي قام به "جاك جيجر" لإدراك أحوال السكان الصحية، للعمال ولغير العمال، وبذلك إتسع البحث في الأهمية المشتركة لعلمي الطب والإجتماع في دراسة ظاهرة إنتشار الأوبئة والأمراض وعلاجها، ومن ثم توسيع تحديد العوامل المؤدية للمرض لتشمل الأبعاد الإجتماعية والجسمية، ومن أجل إستعاب أكثر شمولية للجوانب الطبية والاجتماعية على حد سواء.[1]

ولقد توالت الدراسات في إطار المدخل الإجتماعي والتي تبين أن هناك أسباب عديدة أخرى إجتماعية للأمراض، وليس الأسباب البيولوجية وحدها المسؤولة عن ذلك، غير أن المدخل الوظيفي الذي يمثله "تالكوت بارسونز" كانت له إسهامات كبيرة، وبالطبع تندرج هذه الأخيرة ضمن المسلمات الوظيفية القائلة بأن كل عنصر من نسق المجتمع معني بوظيفة تساهم في إستقراره.[2] وبشكل محدد أكثر تركزت في قول "بارسونز" أن الصحة مطلب ضروري إذا أريد للنسق الإجتماعي أن يقوم بوظائفه على أكمل وجه، وحرص الأفراد على حالتهم الصحية يمثل مطلبا وظيفيا لأنه يساعد المجتمع على أداء وظائفه، الأمر الذي يتناسب مع قيم السعي وراء التفوق والإنجاز لذلك فالمرض يمثل عبئا على المجتمع ينبغي أن يظل تحت السيطرة.

ويرى "بارسونز" أنه يمكن التقليل من حجم الأمراض من خلال خلق أدوار إجتماعية معرفة تعريفا إجتماعيا يقوم بها المرضى والأطباء معا.[3] وهذا ما يندرج تحت دراسة هذا الأخير للعلاقات بين الأطباء والمرضى وأدوارهم الإجتماعية، حيث إستطاع من خلال عرضه للدور الإجتماعي الذي يرتبط بتوقعات وحقوق وإلتزامات كل منهما أن يفسر إختلاف الدور مع إختلاف نوعية الأمراض.[4] وفي هذا الصدد يعتبر"بارسونز" من أبرز الذين إستخدموا وجهة النظر السوسيولوجية للمرض باعتباره إنحراف عن المعايير الإجتماعية ثم العودة إليها، حيث أشار إلى أن الشخص المريض له مميزات المرض البيولوجية والإجتماعية معا، فقد يعاني من القلق والإضطراب في حالة طبيعية ككائن بشري سواء كان هذا الإضطراب من الناحية البيولوجية أو الإجتماعية.[5] وللإشارة فإن هذا التحليل الذي وضعه"بارسونز" قد أقره الكثير من علماء الإجتماع بإعتباره يتماشى والتغير الذي يحدث لنوعية الأمراض، ولقد إهتم الماركسيون (المدخل الماركسي) بتفسير علاقة المدخل الطبي بالمدخل الإجتماعي، من حيث أن النموذج الطبي الحيوي قد تعرض للتأثر بجوانب من الإقتصاد والسياسة، فحسب رأيهم هناك علاقة متينة بين كل من إحتياجات النظام الإقتصادي

---

(1) الوحيشي أحمد بيري، عبد السلام بشير الدويبي، المرجع السابق، ص-ص 45-49 .

(2) Henri Mendras, Michel Forcé ,le changement social : Tendances et paradigmes, Edition Armand colin, Paris, 1983, P 129.

(3) William.C.Cockerham ,Op.cit, P.P 147-149

(4) Ibid , P 149 .

(5) Ibid , P.P 145-147.

والصحة كقيمة إجتماعية، الأمر الذي يعني أن مقدار الحالة الصحية للأفراد في المجتمع الرأسمالي يمكن قياسه من خلال مقدار العائد الإقتصادي، الذي يمكن تحقيقه هو أيضا من توجيه قدر من الموارد الإقتصادية للصرف والإنفاق في مجال الصحة.[1]

أما بالنسبة لموقف "دور كايم " في قضية التناول الإجتماعي للصحة والمرض فيذهب أبعد مما سبق ذكره للقول بأنه لا يوجد إنسان في المجتمع خال من الأمراض، والصحة في إعتقاده أن يكون الإنسان يحمل أقل قدر ممكن من الأمراض.[2] كما يرى أن الدعم الإجتماعي والعلاقات العاطفية المستمرة تمثل مؤشرات هامة ترتبط بشكل عكسي مع الصحة والمرض.[3] ويبدو أن إسهامات المدخل الإجتماعي هذه تضم إلى إعتبارات البعد الإجتماعي الذي يمكن على أساسه تفسير بعض المؤشرات المرتبطة بدراسة الصحة عامة والإنتقال الوبائي بوجه الخصوص، وهكذا فإن تفسير العلاقة بين العوامل الإجتماعية والمستوى الصحي في المجتمع من منظور إجتماعي يتعلق بشكل عام ببناء المجتمع ووظائفه، على إعتبار المجتمع الإنساني شبيه بالكائن العضوي يتكون من عدد من الأعضاء (الأجهزة) تقوم بوظائفها وكل خلل في ذلك يؤدي إلى اللإستقرار، وعلى مستوى آخر فإن المنظور التفاعلي في تفسير الظواهر والمشكلات الصحية، ينطلق من خلال منظومة التفاعل الإجتماعي الذي يحدث في إطار عملية علائقية بين الأفراد تؤثر في سلوكاتهم وأدوارهم وترتبط بقيم ومعايير السلوك في المجتمع.[4] وفي هذا الصدد يمكن القول أن البعد السوسيولوجي يؤكد حقيقة العلاقة الوثيقة بين صحة الأفراد أو مرضهم والواقع الإجتماعي الذي يعيشونه، وبالتالي فهناك تداخل بين صحة الفرد وبين الظروف البيئية التي تمثل محيطه الذي يتواجد به.

ولا يكتمل الحديث عند دراسة الإنتقال الوبائي في سياقه الإجتماعي بدون الحديث عن علم الوبئيات Epidémiologie الذي يعتبر من العلوم الأساسية للصحة العامة بإعتباره علم يركز على دراسة توزيع الأمراض بين السكان والعوامل المفسرة لهذا التوزيع.[5]

ومن الناحية التاريخية فإن إهتمام الدراسات الوبائية بنطاق المرض وتوزيعه قد عرف توسعا تماشيا مع عملية الإنتقال من أمراض معدية في السابق إلى أمراض مزمنة وغيرها في الحاضر، بمعنى أن معظم الدراسات الوبائية كانت تتركز حول الأمراض المعدية إبان إنتشار الوباء، إلا أنها وحسب تعريف "ماكسي" "Maxcy" المعاصر لعلم الوبائيات الذي يشير إلى أن "مجال هذا العلم يتناول العلاقات بين مجموعة من العوامل المتنوعة التي تحدد تكرارات وتوزيعات عملية العدوى أو المرض أو الحالة الفيزيولوجية في المجتمع الإنساني".[6] يبدو

---

[1] طارق السيد، أساسيات في علم الإجتماع الطبي، مؤسسة شهاب الجامعة، الإسكندرية، 2007، ص.ص 48-49.

[2] سلوى عثمان الصديقي، مدخل في الصحة العامة والرعاية الصحية من منظور الخدمة الإجتماعية، المكتب الجامعي الحديث الإسكندرية، 2002، ص19.

[3] عايد الوريكات، المرجع السابق، ص 247.

[4] عبد السلام بشير الدويبي، المرجع السابق، ص-ص 26-27.

[5] نفس المرجع، ص157.

[6] محمد علي محمد وآخرون، المرجع السابق، ص187.

من هذا التعريف أن هناك إنتقال في الدراسات الوبائية لتشمل الأمراض الأخرى كالأمراض المزمنة، الحوادث وغير ذلك مما يتطلب هذا النوع من الدراسات، ومن هنا تظهر أهمية علم الوبائيات حيث يقدم المعلومات والبيانات الضرورية عن إنتشار الأمراض في المجتمع والأهمية النسبية لكل منها والمجموعات التي تكون أكثر عرضة للخطر من الأمراض في المجتمع الواحد.[1]

ولعل من أبرز المفهومات التي يستخدمها هذا العلم كمتغيرات أساسية لفهم توزيع المرض في الزمان والمكان هي: الوفيات، المرض، توقع الحياة، الإنتشار، ويعتبر قياس حجم المرض من أكثر الصعوبات والتعقيدات في شأن هذه الدراسات بإعتبار العديد من الأفراد لا يدركون أنهم مصابون بالمرض، كما أن المرض في حد ذاته يختلف من شخص لآخر وحتى أسبابه متعددة، لذلك فكثير ما يستخدم بيانات الوفيات أكثر من غيرها في تقدير حجم المرض.[2] الأمر الذي يعكس أهمية هذا النوع من الدراسات في التناول السوسيولوجي للأمراض.

ومن الجدير ذكره أنه حتى إسم الإبدميولوجيا Epidémiologie أصبح يطلق على الإنتشار الإجتماعي للمرض، كما أصبح يمثل الطريقة التي يستعان بها في دراسة توزيع المرض، تبعا للمتغيرات الإجتماعية والثقافية، لذلك فأبرز الأمراض التي صارت محل إهتمام بحوث علم الإجتماع الطبي من حيث دراسة توزيعها حسب المتغيرات الإجتماعية هي: تصلب الشرايين، إنسداد الأوعية الدموية للقلب، الضغط الدموي المرتفع، قرحة المعدة، قرحة الإثنى عشر، داء السكري، السمنة، الأعصاب، الإضطرابات الوظيفية، الأمراض العقلية، السل الرئوي، السرطان، وهناك من الدراسات التي تمكنت من تأكيد العلاقة التي تجمع هذه الأمراض والعوامل الإجتماعيـــة المتعددة.[3] وهذا لا يعني إعتبار العوامل والظروف الإجتماعية المسؤول الوحيد عن تعرض الفرد للإصابة بأحد الأمراض مهما كان نوعه.

ومن هنا تظهر الكثير من المتغيرات المشتركة التي يمكن الإعتماد عليها (مثل الوفيات)، كأساس لفهم عملية الإنتقال الوبائي فهما يعكس المناحي الإجتماعية المرتبطة بالمرض ونطاق إنتشاره في المجتمعات حاليا.

المطلب الثاني: أهم مراحل الإنتقال الوبائي نحو الأمراض العصرية المزمنة.

إن فهم المشكلة الصحية المتمثلة في الإختفاء لأنواع كثيرة من الأمراض المعـــروفة بالأمـــراض المعدية، وفي المقابل الإنتقال إلى أنواع أخرى باتت تعرف بالأمراض المزمنة أو الأمراض غير المتنقلة، لا يمكن فهمه إلا من خلال توسيع النظرة والإتجاه إلى معرفة المنظور الواسع الذي يشمل إنتقال المجتمعات الإنسانية

---

[1] محمود خليل الشاذلي وآخرون، المرجع السابق، ص514.

[2] محمد علي محمد وآخرون، المرجع السابق ص-ص 188-189.

[3] علي المكاوي، علم الإجتماع الطبي، مدخل نظري، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1996، ص-ص 12-13.

التي كانت تعيش ظواهر إجتماعية سيئة متعددة كظاهرة الفقر التي لزالت تعاني منها مجتمعات العـــالم الثالث.

وكما هو معروف فالفقر يجعل المجتمع عاجز عن مواجهة الأمراض، لذلك قد إرتبطت بالوضع الصحي السيئ نتيجة إنخفاض مستوى الوعي الصحي، إنعدام المؤسسات الإجتماعية، الإعتماد على وسائل التكوين والتعليم البسيطة، بالإضافة إلى التغذية غير المنتظمة والسيئة وقلة النظافة.

وهناك العديد من الأفراد يعيشون بدون مساكن وإن وجدت فهي غير صحية وبدون رعاية إجتماعية، وبهذا فإن معدلات تفشي الأمراض والأوبئة مرتفعة في المجتمعات التي تعيش في هذا النمط من الحياة المتدهور، وقد تضاف إليه ظروف طبيعية مناخية سيئة.[1] تساعد على إنتشار أمراض معدية كثيرة ترتبط بهذا الوضع الصحي كما هو الحال بالنسبة لمرض الملاريا، الطاعون، الحمى الصفراء والكوليرا غيرها، ومن المتعارف عليه أن هذه الأمراض المعدية كالكوليرا والطاعون والحصبة كانت تمثل عاملا رئيسيا للقضاء على السكان أو الوفاة في المجتمعات.[2]

ومن الجانب الآخر فهناك الكثير من المجتمعات التي سعت إلى تبني عملية التطور السريع المصاحبة للتصنيع والتحضر والتحديث، قد إنزلقت في عمق الأثار الناجمة عن ذلك، من زيادة في كثافة سكانها الإزدحام، زيادة ضغوطات الحياة، الوفرة الغذائية والممارسات الغذائية غير الصحية كالإفراط في المواد الدهنية الحيوانية مع محدودية في النشاط البدني، إنتشار السمنة...إلخ، الأمر الذي إنعكس في شكل أمراض مزمنة كأمراض القلب وغيرها، والتي أصبحت تحتل المراتب الأولى في قائمة مسببات الوفاة وبخاصة في المجتمعات الغربية.[3] إذن فعملية الإنتقال الوبائي لم تحدث هكذا وإنما جاءت مرافقة للتطور الذي حدث في المجتمعات في مراحلها التاريخية.

ونظرا للصلة الوثيقة لإنتشار الأمراض والأوبئة، بالبناء السكاني والمتغيرات الديموغرافية التي تتقاطع وتتداخل مع المجال البيولوجي للإنسان كالوفيات، الولادات أوالخصوبة، الكثافة السكانية وكل ما يتعلق ببيولوجيا التناسل والوضع الصحي.[4] فمن الممكن التعرف على حجم مشكلة الإنتقال الوبائي التي حصلت في المجتمعات من أمراض معدية في الماضي إلى أمراض مزمنة في الحاضر.

وفي هذا السياق يقود الحديث إلى أهمية الإطلاع على مراحل الإنتقال الديموغرافي التي تفسر على أساس القانون العام الذي يبين بدوره مراحل النمو السكاني في المجتمعات وفقا لمتغير الولادات والوفيـــات، لذلك

---

[1] يعقوب يوسف الكندري، المرجع السابق، ص-ص 283-284.

[2] عايد الوريكات، المرجع السابق، ص 113.

[3] يعقوب يوسف الكندري، المرجع السابق، ص 288.

[4] نفس المرجع، ص 59.

فنظرية الإنتقال أو التحول الديموغرافي* لها بالغ الأهمية في هذا الشأن لمعرفة وفهم هذا الوضع الإنتقالي للأمراض.

ومن الواضح أن عملية الإنتقال الوبائي التي حدثت في المجتمعات المتقدمة الغربية، تعتبر كأحسن مثال يعكس التحول الكبير الذي شمل هذا الجانب الإنتقالي للوضع الصحي في تاريخ حياة السكان في العالم، حيث إنتقلت هذه المجتمعات إلى مرحلة حاسمة عرفت فيها أمراض محددة ، بعدما كانت هناك أنواع مختلفة من الأمراض سائدة في محيطها الإجتماعي.[1]

وكما هو معروف فإن هناك مراحل متعددة تتشكل في إطار الزمن المرضي، الأمر الذي يعكس ظهور أمراض في فترة زمنية محددة ثم ما لبثت أن إندثرت وتراجعت معدلاتها، فكانت بداية نوعية أخرى من الأمراض أصبحت مسببة رئيسية للوفاة في المجتمعات المتحضرة والتي تمر بعمليات التحديث، وعليه من الممكن تقسيم هذا الإنتقال المرضي وفقا لثلاث مراحل زمنية في تاريخ هذه المجتمعات .

1-المرحلة الأولى: تتميز هذه المرحلة بإرتفاع في معدلات الوفيات وذلك نتيجة كثر الإصابات بالأمراض المعدية كما هو الحال بالنسبة لمرض الجذري الكوليرا، التيفوئيد، الطاعون والأمراض المعدية التي تصيب الجهاز التنفسي في الجسم وغير ذلك من الأمراض المعدية الأخرى، وهذه النوعية من الأمراض في مجملها كانت تنتقل ببساطة بين أفراد المجتمع تحت ظروف معيشية متدهورة ساهمت في هذا الإنتقال كالوضع السكني المتدني للسكان، التغذية السيئة والفقيرة من المكونات والمواد الأساسية، يضاف إلى ذلك الإرتفاع الكبير في معدلات السكان في المدن التي لا تتسع لعيش أعداد هائلة، فجميع هذه العوامل وغيرها ساعدت على ظهور مثل هذه الأمراض المعدية، والتي عرفت إنتشارا واسعا حتى قبيل القرن الثامن عشر ولقد كانت

* نظرية التحول الديموغرافي : هي محاولة إخضاع ظاهرة التغير السكاني لقانون عام، يمكن من خلاله التنبؤ بتوقعات النمو السكان في أي مجتمع من المجتمعات، ولقد جاءت هذه النظرية كنتاج لمساهمات العديد من علماء الديموغرافيا والإقتصاد ومن أبرز هؤلاء "وارن طومسون" الأمريكي الأصل والذي يعد أول من إهتم بالموضوع، و "أدولف لندري" الفرنسي المختص في الإقتصاد والسكان، وأيضا "فيليب هاوزر"، ولقد ساهم هؤلاء بوضع نماذج لتفسير ظاهرة الإنتقال الديموغرافي وربطها بالمستويين المعيشي والصحي للأفراد، وكذا بالتنمية الإجتماعية والإقتصادية التي يمر بها المجتمع، وبناء على هذه المساهمات ظهرت نظرية التحول الديموغرافي، والتي غالب ما تشير إلى ثلاث مراحل للتغير السكاني عبر التاريخ وهي : المرحلة الأولى وتميزت بإرتفاع في معدلات الخصوبة والوفيات معا، الأمر الذي أدى إلى ثبات حجم السكان، أو إنخفاضه نتيجة كثرة الوفيات بسبب الأمراض والأوبئة الفتاكة والحروب والمجاعات، وفي المقابل إتباع سياسة تعويض النسل، وقد سادت هذه المرحلة إلى غاية بداية عصر النهضة في مجتمعات أوروبا وإلى نهاية الحرب العالمية الثانية في مجتمعات العالم الثالث. أما المرحلة الثانية فقد عرفت خلالها المجتمعات إرتفاع في معدلات الخصوبة وإنخفاض في معدلات الوفيات، وهذا بسبب تحسن الأوضاع الصحية والمعيشية نوعا ما وتطور الأساليب الطبية في العلاج (الطب العلاجي والوقائي)، الأمر الذي أدى إلى تراجع الأوبئة الفتاكة، وفي هذه المرحلة حدث ما يعرف بالإنفجار السكاني، ولقد عاشت المجتمعات الأوربية هذه المرحلة خلال القرنين 18 و19، في حين عاشتها معظم مجتمعات العالم الثالث بعد الحرب العالمية الثانية، ولا يزال البعض منها يعايشها حتى يومنا هذا، وللإشارة فإن الزيادة السنوية السكانية فاقت 2.5%. وفي آخر المطاف تأتي المرحلة الثالثة التي تميزت بإنخفاض في معدلات الخصوبة إلى جانب إنخفاض في معدلات الوفاة، وحدث هذا الوضع نتيجة سيادة وإنتشار القيم الإجتماعية والديموغرافية، التي شجعت على تحديد النسل وتغيير الأوضاع المعيشية نحو الأحسن وتقوية التوجه نحو بناء الأسر النووية وذات الحجم الصغير، لذلك لم تتجاوز الزيادة السنوية السكانية في هذه المرحلة 1 % أو أقل وتعيش هذه المرحلة كل من مجتمعات أوروبا وأمريكا الشمالية واليابان وأستراليا والمجتمعات الصناعية الجديدة .

[1] نفس المرجع، ص 285.

تسببت هذه الأمراض في وفاة عدد كبير من الأطفال الرضع بشكل محدد، أما معدل العمر المتوقع للحياة خلال هذه المرحلة فكان يقدر ما بين 20-40 سنة لفترة من الفترات على مستوى المجتمعات التي عاشتها.[1] وعلى سبيل المثال ففي القرون الوسطى وفي تاريخ المجتمعات الأوروبية لوحظ إنتشار واسع لوباء الطاعون وكان من أبرز مسبباته الظروف المعيشية المتدنية كالفقر،الجهل وبشكل عام حدوث خلل في بناء المجتمع الأوروبي.[2]

2-المرحلة الثانية: لقد حدث نوع من التطور والتحسن في قضية تطبيق الإجراءات التي تحافظ على مستوى الصحة العامة في المجتمع ، وتجسدت معظم هذه الإجراءات فيما يتعلق بالسكن وتحسين الأوضاع المعيشية السائدة، الأمر الذي أدى إلى انخفاض مباشر للعديد من الأمراض المعدية، وفي ضوء هذا الوضع الصحي حدث إنتقال وتحول في معدلات الوفيات لتصبح تمس الأشخاص المسنين، حيث إرتفعت نسب وفاتهم بشكل كبير، أما الأطفال فأصبح لهم الحظ أكثر في البقاء على قيد الحياة والوصول إلى مراحل متقدمة من العمر بدءا بمرحلة الشباب، وخلال هذه المرحلة بدأ العمر المتوقع للحياة يصل إلى خمسين سنة لكل فرد.

3-المرحلة الثالثة: وهي المرحلة التي إنطلقت فيها عملية الإنتقال المرضي في هذه المجتمعات منذ بداية القرن العشرين بشكل تقريبي، وتمثل هذه المرحلة التحول الرئيسي أيضا في مسببات الوفاة، نتيجة إستحداث بعض التدابير الوقائية وتوظيفها في مجال الصحة العامة والوقاية من الأمراض المعدية، ولذلك لم تعد تسهم هذه الأخيرة في إصابة سكان المجتمعات المتقدمة خاصة بحالات الوفيات المرتفعة كما كان في الماضي، أما فيما يخص المجتمعات النامية والمتخلفة فقد بقي العديد منها يعاني من الأمراض المعدية إلى غاية بداية القرن العشرين، ولقد ظلت بعض من الأمراض منتشرة في مجتمعات معينة، وأبرزها تلك التي تصيب صغار السن والأطفال مثل الدرن وما إلى ذلك من الأمراض التي إختفت نوعا ما في المجتمعات المتقدمة.

وهكذا وبعد حدوث هذه النقلة النوعية في الأمراض، صار للوفاة في الوقت الحالي أسباب رئيسية جديدة إرتبطت بما يسمى بالأمراض العصرية المزمنة كما هو الحال بالنسبة لأمراض القلب، السرطان، أمراض الجهاز التنفسي، وهذه أمراض أصبحت تظهر حتى في الشريحة الإجتماعية المتوسطة العمر، والتي كانت تصنف من أبرز مسببات الوفاة لدى كبار السن، والملاحظ أنه ظهرت أنواع متعددة من أمراض السرطان والأمراض القلبية قد حلت بشكل مطرد مكان أمراض أخرى كالدرن مثلا، وفي منتصف هذا القرن إزدادت معدلات الوفاة حتى بلغت المساس بذوي فئة السن 65 سنة.[3] ويبدو أن الخطورة التي أصبحت تهدد حياة الفرد بالوفاة في الوقت الحالي هي خطورة الأمراض المزمنة الجديدة وليس الأمراض المعدية.

---

[1] نفس المرجع، ص 286.

[2] الوحيشي أحمد بيري، عبد السلام بشير الدويبي، المرجع السابق، ص 102.

[3] يعقوب يوسف الكندري، المرجع السابق، ص ـ ص 286-287.

وإستكمالا لفهم مسألة الإنتقال في الأمراض المسببة للوفاة في المجتمعات حاليا يمكن إجراء مقارنة بسيطة لما حدث في أحد أبرز المجتمعات المتقدمة وهو المجتمع الأمريكي، وهذا ما يتأكد من خلال الجدول الآتي الذي يوضح المراتب الأولى للأمراض المسببة للوفاة بالمقارنة بين سنتي 1900-1987 أي بعد مرور 87 عاما.

جدول رقم(01) : يبين أول 15 مرض مسبب للوفاة بحساب المعدل لكل 100 ألف شخص في المجتمع الأمريكي ما بين سنتي 1900-1987.

عـــــــــام 1900		عـــــــــام 1987	
المـــــــــرض	عدد حالات الإصابة	المـــــــــرض	عدد حالات الإصابة
مجموع الأمراض	175.5	مجموع الأمراض	872.4
1-السل الرئوي	201.9	أمراض القلب	312.4
2-الأنفلونزا والإلتهاب الرئوي	201.5	أمراض السرطان والأورام	795.9
3-الإسهال وإلتهاب الأمعاء	133.2	أمراض الشرايين الدماغية	61.6
4-أمراض القلب	132.1	حوادث عامة	39.0
5-الإعاقات الخلقية	91.8	أمراض الإعاقة الرئوية المزمنة	32.2
6-إلتهاب الكلى الحاد	89.0	الإلتهابات الرئوية و الأنفلونزا	28.4
7-نزيف دماغي	85.0	مرض السكري	15.8
8- الإنتحار	67.6	الإلتهاب الشعبي للقصبة الهوائية	12.7
9-السرطان وأورام سرطانية أخرى	63.0	إلتهاب الكبد المزمن	10.8
10-الديفتيريا	43.3	تشنج العضلات	9.2
11-التيفوئيد	35.9	إلتهاب الكلى وتلفها	9.1
12-تليف كبدي	12.9	جرائم القتل	8.7
13-الحصبة	12.5	أمراض الدم المتعفنة	8.2
14-السعال الديكي	12.1	الأمراض التي تبدأ قبيل الولادة	7.5
15-مرض السكري	9.7	فيروس نقص المناعة الإنسانية	5.5

المصدر:يعقوب يوسف الكندري، الثقافة والصحة والمرض، رؤية جديدة في الأنثروبولوجيا المعاصرة، مجلس النشر العلمي، الكويت، 2003، ص 290.

يلاحظ من خلال معطيات الجدول رقم (01) أن هناك إختلاف واضح من حيث ترتيب الأمراض المسببة للوفاة بين سنتي 1900 و 1987، حيث كان السبب الأول للوفاة خلال سنة 1900 يتمثل في مرض السل الرئوي، ثم تتبعه الإصابة بمرض الأنفلونزا والإلتهاب الرئوي في المرتبة الثانية، والإسهال في المرتبة الثالثة، أما أمراض القلب فقد إحتلت المرتبة الرابعة، ثم داء السكري الذي جاء في المرتبة الأخيرة أي الخامسة عشر، هذا وبالمقارنة مع الأسباب الأولى للوفاة خلال سنة 1987، يلاحظ أن أمراض القلب قد تصدرت رأس القائمة كسبب أول لحالات الوفاة في المجتمع الأمريكي، وتحتل أمراض السرطان والأورام الخبيثة السبب الثاني، وبعدها أمراض الشرايين الدماغية كسبب ثالث، والأحداث الأخرى إحتلت المرتبة الرابعة المسببة للوفاة، أما ترتيب داء السكري فقد تقدم إلى المرتبة السابعة، وهذا ما يعني حدوث نقله في الأمراض المسببة للوفاة في هذا المجتمع.

وبالنظر في الوضع الصحي الخاص ببعض المجتمعات العربية، فإن هناك مجموعة من البيانات المتوفرة تكشف أن البعض من هذه المجتمعات يعاني خطرا مزدوجا من الأمراض المعدية والأمراض المزمنة، غير أنه من المحتمل أن تسيطر الأمراض المزمنة في وقت قريب، وبشكل أكثر دقة فإن هذه الأمراض الحديثة باتت تسيطر على الكثير من أسباب الوفاة في البعض منها، ومن الأمثلة على ذلك أمراض القلب، أمراض الأوعية الدموية، فهذه الأمراض المزمنة تحتل حاليا المرتبة الأولى كسبب للوفاة، ويتوقع أن ترتفع بنسبة 17% بين سنتي 2015 و2025.[1] ومن المؤشرات ذات العلاقة بسيطرة هذه النوعية من الأمراض في المجتمعات العربية، تلك التي ترتبط بإنتشار عوامل الخطر المصاحبة للعمليات السارية من التحديث والتحضر والتطور الإقتصادي والإجتماعي في نواحي عدة، لها تأثير واضح للإصابة بهذه الأمراض، ومن أبرز ذلك تبني الأنماط الحياتية المستمدة من المجتمعات الغربية ومثال على ذلك الإقبال على الوجبات السريعة، والتي تصنف ضمن الأطعمة غير الصحية التي تحتوي على كميات هائلة من الدهون، وفي هذا الصدد تكشف بعض الدراسات الحديثة أن أمراض كأمراض القلب والأوعية الدموية، داء السكري، السرطان وغيرها في تزايد مستمر وتشكل نسبة 47%من أعباء الأمراض ويتوقع أن تصل إلى 60% خلال سنة 2020، ولعل أبرز عوامل الخطر التي باتت تتسبب فيها هي: التدخين، الغذاء غير الصحي، وعدم ممارسة النشاط البدني وكل ما يؤدي إلى الإصابة بالسمنة ومضاعفاتها كالسكري.[2] ومن نتائج دراسة حديثة أيضا شملت الرجال والنساء الذين يعانون من عوامل خطر مرتفعة وأعمارهم 20 سنة، تبين أن المعطيات السكانية لحوالي 300 مليون شخص ساكن من مجتمعات إقليم شرق البحر الأبيض المتوسط، قد كشفت أن 60% يعانون من عامل خطر واحد، و8% من ثلاث عوامل خطر و30 مليون شخص من أربع عوامل خطر، و36 مليون من خمسة عوامل خطر، و24 مليون من ستة عوامل خطر، وللإشارة فإن من أبرز المجتمعات التي تعرف إرتفاعا في عوامل خطر الأمراض المزمنة هي: البحرين، إيران، الأردن، الكويت ولبنان، ليبيا، عمان، قطر، السعودية، سوريا،

---

[1] عايد الوريكات، المرجع السابق، ص ـ ص 274-275 .

[2] نفس المرجع، ص 270.

تونس، الإمارات العربية المتحدة، أما المجتمعات العربية التي تعرف إرتفاعا في معدل الوفيات فهي كل من أفغانستان، جيبوتي، مصر، العراق، المغرب، باكستان، الصومال، السودان، اليمن.[1]

ومن الجدير ذكره فإن المتعارف عليه حول الأمراض المزمنة، أنها لا تظهر فجأة وإنما تأخذ فترة زمنية معينة منذ تعرض الفرد لأحد عوامل الإختطار والإصابة بها، لذلك فمن الأهمية بمكان أن يتم الأخذ في الحسبان مراقبة عوامل الإختطار المرتبطة بهذه الأمراض للوقاية منها، ولعل من أبرز هذه العوامل تلك التي لها صلة بالتغير في نمط الحياة وما رافقه من تغير في مجال الغذاء والتغذية، والتوجه نحو الإفراط في المواد الدهنية مع قلة النشاط الجسماني، زيادة ضغوطات الحياة اليومية وغيرها، فجميع ذلك يشكل عوامل تكمن وراء التعرض للإصابة بهذه النوعية من الأمراض المزمنة، وسيأتي التفصيل فيها في الفصل اللاحق.

المبحث الثالث :نوعية الأمراض المزمنة الأكثر إنتشارا في المجتمعات عموما.

إن الوضع الجديد الذي تكيفت معه المجتمعات حاليا أدى إلى زيادة ملموسة في إنتشار الأمراض المزمنة، والتي صار لها أثر كبير على الوضع الصحي في الوقت الحاضر من الذي كانت تنتشر فيه الأمراض المعدية، وتسبب في إحداث الوفاة لدى المجتمعات التقليدية، فلقد أشارت تقارير المنظمة العالمية للصحة إلى أن الأمراض المزمنة تنتشر بسرعة كبيرة، حيث أصبحت تمثل 60% من مسببات الوفاة في العالم بهذا النوع من الأمراض، كما أشارت إلى أن 80% من هذه الوفيات تحدث في المجتمعات المنخفضة والمتوسطة الدخل، في حين تبقى نسبة 20% هي للمجتمعات المرتفعة الدخل، بالإضافة إلى إصابتها جميع الفئات العمرية لدى الرجال والنساء وفي جميع أنحاء العالم، كما تتنبأ المنظمة العالمية للصحة خلال العشر سنوات القادمة بأنه سيتوفى 388 مليون فرد نتيجة الإصابة بالأمراض المزمنة، وسيعاني الملايين الآخرين من حالات العجز بسبب هذا النوع من الأمراض.[2] ولعل من أبرز هذه الأمراض المزمنة التي تأتي في المقدمة هي الأمراض السيكوسوماتية * كما هو الحال بالنسبة لمرض الضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب، فهذه أمراض باتت تعرف بأنها إصابات تحدث على مستوى الجسم الإنساني، حسب الظاهر، غير أن جزءا كبيرا من مسبباتها تعود لتأثير الإنفعلات والضغوط السيكولوجية التي يتعرض لها الأفراد والجماعات في البيئتين الإجتماعية والأسرية معا.[3] وهذا ناهيك عن المسببات الأخرى التي أصبحت تعكس مظاهر التغير الإجتماعي والتحديث، كالممارسات الغذائية الضارة والسمنة وغيرها، وسيفيد هذا العرض في بلورة معارف كل مرض من هذه الأمراض المزمنة قيد الدراسة على حدى .

---

[1] نفس المرجع، ص-ص، 270-271.

[2] http://www.who.int/chronic-disease-Report /part1/ar/index$_2$ .html-05/03/2009-10:30

* الأمراض السيكوسوماتية: هي الإضطرابات الجسمية أو العضوية التي تصيب أحد أجهزة الجسم نتيجة ضغوط نفسية وإجتماعية متراكمة، وتحدث تلفا أو أثارا فيزيولوجية، وفي هذا الشأن تصنف أمراض مثل مرض الضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب، ضمن أبرز هذه الإضطرابات المرضية التي لها علاقة بجهاز الأوعية الدموية والقلب وجهاز الغدد الصماء وأعضاء الإحساس الخاصة.

[3] كامل محمد عويضة، الصحة في منظور علم النفس، دار الكتب العلمية، بيروت، 1996، ص-ص 133-134 .

المطلب الأول : مرض الضغط الدموي ومدى إنتشاره في المجتمعات .

مما هو معروف في الأدبيات الخاصة بمرض الضغط الدموي أنه يمثل أحد أبرز الأمراض العصرية المزمنة، التي توطنت وإنتشرت في المجتمعات الإنسانية في هذه العقود الأخيرة من الزمن، مما أدى إلى تصنيفها ضمن الأمراض الرئيسية المسببة للوفيات في الوقت الحاضر، ولكن بدرجات متفاوتة بين المتحضر من هذه المجتمعات والنامي والمتخلف والمعزول، والتي تعرضت أكثر لعوامل التغير الإجتماعي والثقافي وعمليات التحديث والعصرنة، وقبل البدء في التفصيل حول إنتشار هذا المرض المزمن في المجتمعات يمكن معرفة بعض نواحي ومقاييس هذا المرض من المنظور الطبي :

1-الضغط الدموي من المنظور الطبي :

يعتبر الضغط الدموي من الأمراض المزمنة ومن عوامل الخطر في نفس الوقت، والذي يتحدد من خلال مقاييس الضغط داخل الأوعية الدموية، حيث يعرف بأنه "عندما يضخ القلب الدم عبر الشرايين تفرض قوة التدفق ضغطا على جدران الشرايين".[1] كما يعرفه المعجم الطبي بأنه "الضغط المرتفع أكثر من المستوى الطبيعي داخل جدران الشرايين ".[2] وعليه فإن إنقباض القلب ودفع الدم إلى الشرايين مثله كمثل تسلط الهواء الذي ينفخ في إطار ضغطا على بطانته وسطحه، وكما أن الضغط الزائد للهواء يلحق الضرر بالإطار، فإن الضغط الزائد كذلك في الدم يلحق الضرر بالشرايين، فإذا كانت القوة التي يستخدمها القلب لضخ الدم عبر الدورة الدموية أكبر مما هو طبيعي للمحافظة على إنسياب ثابت للدم، يكون الفرد مصابا بما يسميه الأطباء إرتفاع ضغط الدم أو فرط الضغط الشرياني.[3] وبمثال آخر فإن دفع القلب للدم في الشرايين مثله مثل الآلة الرافعة للماء فهي تحدث ضغطا في الأنابيب أثناء دفعها للماء بداخلها، والقلب بدوره يدفع الدم بقوة في الشرايين الكبيرة والمتوسطة، التي تختلف عن الأنابيب في كونها مرنة وعضلاته تتسع وتضيق عند الحاجة حسب الظروف الفزيولوجية، فعندما يدفع القلب بداخلها وبقوة إنقباض البطين يتحول جزء منها إلى مقاومة إنقباض الشرايين لكي تنفتح ويمر الدم من خلالها، وتتم عملية إنسياب الدم بقوة دفع القلب كمرحلة أولى، ثم بقوة إنقباض الأوعية الدموية كمرحلة ثانية وعليه تحدث قوة دفع الدم في الشرايين، بواسطة القلب وإنقباض الشرايين.[4] وهذه العملية المتعلقة بدفع الدم في الشرايين وحدوث إنقباضات القلب تعكس في الحقيقة الأمر الطبيعي لوجود الضغط الدموي لدى كل إنسان إلا إذا زاد عن حده، لذلك فعندما تنتهي فترة إنقباض عضلة القلب فإن عضلات الشرايين تعود وتنقبض تدريجيا، بحيث

---

(1) C.Haslett, E.Rchilver,J.A.Himter, Médecine interne, principes et pratique, Edition maloire, Paris, 1997, P 338 .

(2) Andre Domart et Jacques Bourneuf , Petit Larousse de la médecine, librairie Larousse,Paris 1983, P557.

(3) طوني سميث، وآخرون، موسوعة صحة العائلة، دليل صحي شامل لجميع أفراد العائلة، دار العلم للملايين، بيروت، ط3، 2001، ص 393.

(4) مصطفى القمش، خليل معايطة، سحر مخامرة، المرجع السابق، ص 130.

تحافظ على بقاء ضغط الدم كاف بداخلها يمكن معه إستمرار دخول الدم إلى الأوعية الشعرية لتغذية الخلايا ودفع الدم إلى الأوردة الشعرية، ولو أن هذا الضغط أقل من الضغط الذي كان موجودا حالة إنقباض عضلات القلب إلا أنه مازال كافيا لدفع الدم إلى الأوعية الشعرية.[1]

وكما هو معروف طبيا فإن الضغط الدموي يعتبر أمرا ضروريا لإستمرار حياة الأفراد فجريان الدم في حالته العادية يولد إحتكاكا ويسبب ضغطا على جدران أوعية الدم في الجسم، وعملا الضغط والإحتكاك لا يتوقفان إلا بتوقف الحياة وتوقف ضغط الدم داخل الأوعية الدموية، ولكن الخلل في مقدار كل من الضغط والإحتكاك ينشأ إذا ما تجاوز مقدارهما الحدود الطبيعية، ويمكن التعرف على هذا الخلل عن طريق قياس ضغط الدم بالأجهزة المعروفة لدى الطبيب.[2]

2-قياس ضغط الدم :

تكشف الأدبيات الطبية أن الضغط الدموي يختلف من فرد لآخر، كما يختلف من يوم إلى آخر، ويختلف حتى بين أعضاء الجسم كالرجلين والذارعين.[3]وعادة الأطباء يقيسون الضغط الدموي في أحد الشرايين الموجودة في الذراع ،أين يتم قياس نوعان من الضغط الدموي هما : الضغط الإنقباضي Systolic أو ما يسميه البعض بالضغط الأكبر Maximum، والضغط الإنبساطي Diastolic ويسميه البعض كذلك بالضغط الأصغر Minimum، أما الأول وهو الضغط الإنقباضي الذي يعني الضغط المكون لحظة إنقباض القلب أثناء عملية ضخ أو دفع الدم إلى الشرايين التي تتسع أمام قوة إندفاع الدم بداخلها، في حين الثاني وهو الضغط الإنبساطي الذي يقصد به الضغط المكون لحظة إسترخاء عضلة القلب لأجل دخول الدم إليه وكذا دعوة الشرايين للإنقباض.[4] وهكذا يلاحظ أن الضغط الإنقباضي الذي يمثل لحظة الضغط القصوى يكون دائما أعلى من الضغط الإنبساطي حيث يظهر الفرق بينهما كذلك من خلال الضغط الدال على النسبة الموجودة بين قوة عضلة القلب وضعفها، ومرونة الشرايين وعدم مرونتها، وعلى مقاومة الأوعية الشعرية وعدم مقاومتها.[5]

إن قياس وجود ضغط الدم داخل الشرايين كما يبدوا عملية فزيولوجية معقدة، يستعمل فيها عادة جهاز خاص يسمى Sphygmomanomètre، يتركب من كيس مطاطي مغلق في شكل شريط مستطيل قابل للنفخ من خلال منفاخ خاص، ويتصل الكيس بما يسمى بانوميتر زئبقي، وعندها يبدأ قياس ضغط الدم بلف الشريط حول العضد أعلى مفصل المرفق، ويتوقف النبض عند مفصل الرسغ، مما يمكن للفرد من قراءة هذه النقطة في المقياس والخاصة بمقدار ضغط الدم الإنقباضي، وبعدها مباشرة يتم فتح الصمام قليلا

---

(1) نفس المرجع، ص 130.

(2) أحمد فايز النماس، الخدمة الإجتماعية الطبية، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، ط1، 2000، ص 110.

(3) G.Bouvenot ,B.Devuder, L.Guillevin, Pathologie médicale , Edition Masson. Paris 1995,P 57.

(4) Ibid P.P 57.59 .

(5) مصطفى القمش، خليل معايطة، سحر مخامرة، المرجع السابق،ص 131.

ليخرج الهواء من الشريط ببطء شديد وخلال ذلك يتم وضع السماعة Stetoscope على السطح الأمامي لمفصل الذراع، وهنا وفي هذه النقطة يتم ملاحظة مقدار الضغط الإنسباطي.[1]

ومن المعترف به طبيا أن الضغط الدموي يتغير حسب السن والتغيرات الفزيولوجية، فالطفل يولد وضغطه الدموي من 40-70 إلى 46-80 ملم زئبق، ويرتفع بمقدار 10 ملمترات من الزئبق عند كل 05 سنوات من العمر، ويكون الضغط فيما بين العشرين والخمسين أوالستين من 80-120 إلى 90-140 ملم زئبق، وكلما إقترب سن الشخص إلى سن العشرين كان ضغطه حوالي 80-120، وكلما إقترب سنه إلى الخمسين أو الستين يكون ضغطه أقرب إلى 90-140 ولكن بدون وجود قاعدة ثابة.[2] ولعل مستوى الضغط الدموي المنتشر لدى غالبية الأصحاء هو بحدود 120 ملم زئبق إنقباضي و80 ملم زئبق إنبساطي.[3]

وحتى يعد الشخص مصاب بمرض إرتفاع الضغط الدموي، حسب تقرير المنظمة العالمية للصحة ينبغي أن يزيد الضغط الإنقباضي لديه على 140 ملم زئبق، والإنبساطي عن 90 ملم زئبق وبشرط أن يثبت هذا الإرتفاع في قياسات عدة وفي أوقات مختلفة.[4] وفي هذه الحالة يمكن القول أن إرتفاع الضغط مرة واحدة لا يمكن أن يشخص مرض إرتفاع الضغط الدموي.

وكما سبقت الإشارة إليه فإن ضغط الدم يتغير تبعا للسن والجنس والمجهود العضلي، ويصاب بعض الأفراد بإرتفاع ضغط الدم نتيجة لأمراض عضوية تؤثر على ضغطهم بشكل خاص فيصبح أعلى من معدله الطبيعي بحوالي 50-100 ملم زئبق،كما يصاب بعض الأفراد أيضا بالضغط المنخفض، ولا يعرف سبب واضح أو محدد غالبا لهذا الضغط المنخفض وهو بشكل عام أقل خطرا من الضغط المرتفع .[5]

ومن الجدير بالذكر في هذا الصدد هو التمييز بين نوعين من أمراض الضغط الدموي وهما :

النوع الأول : ضغط الدم الأولي أو الأساسي Hypertension essentielle

والنوع الثاني : ضغط الدم الثانوي Hypertension secondaire

ويحدث النوع الأول بدون سبب واضح في حين يحدث النوع الثاني نتيجة عدد من الحالات المرضية الأخرى،كمرض الكلية والإعتلالات الهرمونية والتغيرات الحاصلة في الجسم بفعل الحمل أو تناول أقراص منع الحمل ...الخ.[6] هذا من ناحية أما من ناحية الإنتشار والقابلية للشفاء فإن إرتفاع ضغط الدم الأساسي هو أكثر إنتشارا و غير قابل للشفاء ومزمن ويتأثر بالوراثة، كما يتأثر بنمط الحياة الذي يعيشه الفرد ويبدو

---

(1) بهاء الدين إبراهيم سلامة، صحة الغذاء ووظائف الأعضاء، دار الفكر العربي، القاهرة ، ط1، 2000، ص 183.

(2) مصطفى القمش، خليل معايطة، سحر مخامرة، المرجع السابق،ص 132.

(3) وائل عبد المولى باشا، علم الأمراض، منشورات جامعة دمشق،كلية الصيدلة، دمشق، ط9، 2005، ص 61.

(4) G.Bouvenot , B. Devuder, L.Guillevin , Op.cit, P 56.

(5) بهاء الدين إبراهيم سلامة، المرجع السابق، ص 183.

(6) طوني سميث وآخرون، المرجع السابق، ص 394.

أن البدينين يتعرضون أكثر للإصابة به من غيرهم، فهو عكس النوع الثاني الذي يمكن الشفاء منه وحتى تحديد مسبباته من طرف الطبيب.[1]

وللإشارة فإن هناك الكثير من الحالات التي يرتفع فيها ضغط الدم بثبات على إمتداد عدد من السنوات خاصة إذا لم يتم معالجته، وفي حالات نادرة يرتفع الضغط الدموي بسرعة كبيرة مما يؤدي إلى حدوث إصابة خطيرة تسمى بإرتفاع ضغط الدم الخبيث أو التوتر الشرياني الخبيث الذي يرتفع فيه الضغط الإنبساطي إلى أكثر من 140 ملم زئبق، ويظهر فيه تبدلات شبكية العين والقصور الكلوي، ويصاب فيه الرجال أكثر خاصة متوسطي العمر.[2]

وفي هذه الحالات والظروف وغيرها ينصح الأطباء بتجنب كل ما يؤدي إلى التغيرات الفزيولوجية الحادة في الجسم، وحتى الإنفعالات النفسية الشديدة كالغضب المزمن، وأن تكون معيشة الأفراد هادئة لأجل تفادي مشكلة إرتفاع الضغط الدموي بإعتبارها من أكثر المشكلات إنتشارا في الحياة العصرية وتزداد مخاطرها يوما بعد يوم .

3-الضغط الدموي من المنظور الإبدميولوجي:

إن إرتفاع ضغط الدم حسب المصادر الإحصائية يعد من الحالات الشائعة جدا في المجتمعات، هذا وما خفي منه أعظم وراء عمليات الإحصاء، بإعتبار أن التدخلات الطبية والفحوص الإكلينيكية هي وحدها التي تكشف الأفراد الذين يعانون من إرتفاع في الضغط الدموي، نظرا كذلك للصعوبة الموجودة في تحديد الخط الفاصل بين المصابين منهم وغير المصابين، والذين يعانون من المرض وهم يجهلون أو يتجاهلون حقيقة ذلك هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى بإعتبار الضغط الدموي مرض سيكوسوماتيا، أي يرتبط أساسا بالعوامل النفسو-جسمية، وبنوعية العمل وطريقة العيش وتأثير الضغوط النفسية والإجتماعية والإقتصادية التي تعترض حياة الفرد بالإضافة إلى الوضع الغذائي ونوعيته والبيئة الفكرية ...الخ، فجميعها عوامل تؤثر في الإصابة بهذا المرض المزمن وإنتشاره في المجتمعات.[3]

ويقدر عدد الأشخاص الذين يعانون من مرض الضغط الدموي في العالم بـ500 مليون شخص مصاب وسيعرف هذا المرض مستقبلا إرتفاعا محسوسا بنسبة 60%، الأمر الذي تؤكده إحصائيات المنظمة العالمية للصحة وحسب قاعدة البيانات الإحصائية لعام 2000 والتنبؤات المستقبلية لعام 2025، فإن عدد المصابين المقدر لسنة 2000 يتراوح مابين 957 و 987 مليون مصاب ممن تجاوزوا سن المراهقة وما فوق، والذين يتوزعون بأعلى رقم مسجل للمجتمعات السائرة في طريق النمو، والذي يتراوح مابين 625 و654 مليون مصاب، مقابل الرقم المسجل للمجتمعات المتقدمة والمقدر ما بين 329 و336 مليون مصاب، وسيصل حسب تقديرات 2025 العدد الإجمالي للإصابات إلى مابين 1.54 و 1.58 مليار شخص مصاب،

---

(1) نفس لمرجع، ص 394.

(2) وائل عبد المولى باشا، المرجع السابق، ص 63.

(3) أحمد فايز النماس، المرجع السابق، ص-ص، 112-113.

وفي هذا الصدد تؤكد معطيات أكثر من 30 دراسة جهوية وطنية خلال سنة 2000 كذلك، أنه تم تقـــدير حوالي نسبة 26.4% مصاب من العدد الإجمالي المقدر بـــ972 مليون شخص مصاب منـــهم 639 مليـــون للمجتمعات السائرة في طريق النمو و333 مليون للمجتمعات المتقدمة، أما بالنسبة لتقديرات ســـنة 2025 فيقدر المختصون أن النسبة سترتفع إلى 29.2% من العدد الإجمالي الذي سيصل إلى 1.56 مليـــار شـــخص مصاب.[1] وحسب هذه التقديرات فإن هذا الإنتشار المذهل لمرض الضغط الدموي سيحدث في فتـــرة لا تتعدى 25 سنة، ولتوضيح أكثر هذه التقديرات يمكن تشكيل الجدول والرسومات البيانية التالية :

الجدول رقم (02): يمثل إنتشار الضغط الدموي في العالم حسب الجنس وحسب تقـــديرات ســـنة 2000 وتنبؤات سنة 2025%

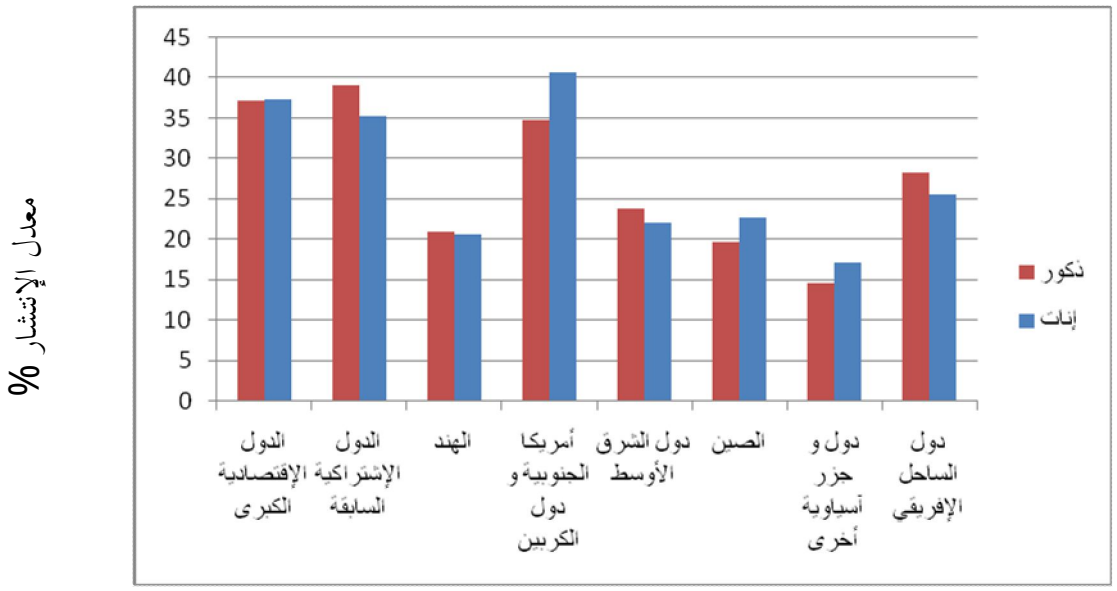
معدل الإنتشار حسب الجنس	تقديرات سنة 2000 %		تنبؤات سنة 2025 %	
دول العالم	ذكـــــور	إنـــــاث	ذكـــــور	إنـــــاث
الدول الإقتصادية الكبرى	37.2	37.4	42.5	41.6
الدول الإشتراكية السابقة	39.1	35.3	45.9	39.1
الهند	20.9	20.6	21.6	22.9
أمريكا الجنوبية ودول الكريبن	34.8	40.7	40.2	44.5
دول الشرق الأوسط	23.7	22	27	24
الصين	19.7	22.6	27	27.7
دول وجزر أسيوية أخرى	14.5	17	17.1	18.8
دول الساحل الإفريقي	28.3	26.9	28.2	27

المصدر :

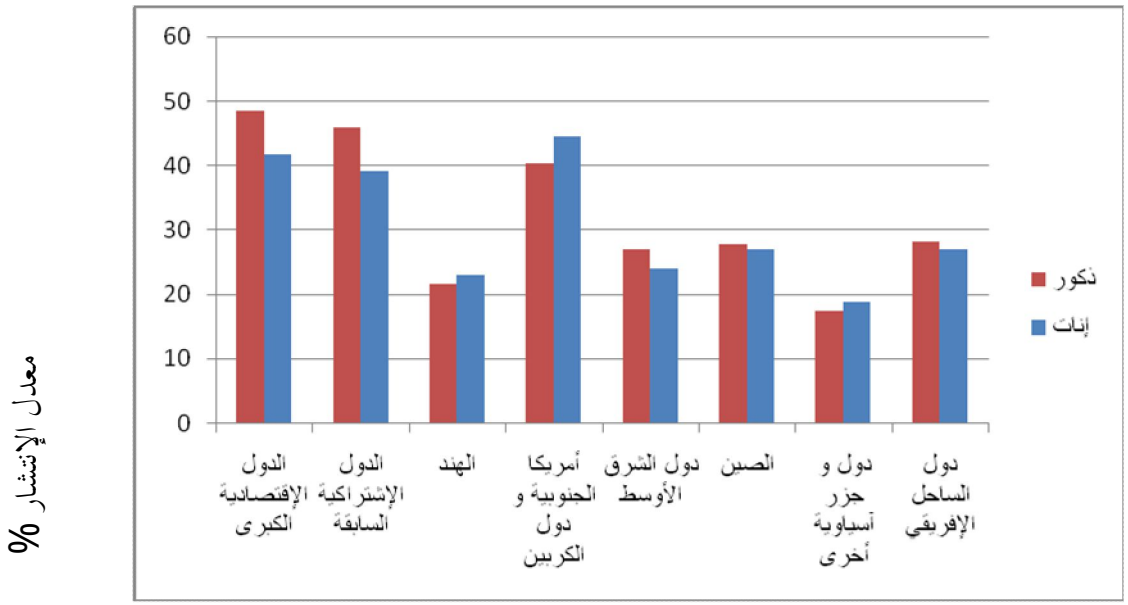
Kheir Eddine Merad Boudia, HTA, Hypertention Artérielle, Société Algérienne de l'hypertention Artérielle, Algérie, 2009, P26 .

(1) Kheir Eddine Merad Boudia, HTA, Hypertention Artérielle, société Algerienne, de l'hypertention Artérielle, Algerie, 2009, P26.

شكل رقم (01): يمثل معدل إنتشار الضغط الدموي في العالم حسب الجنس وحسب تقديرات سنة 2000 وتنبؤات 2025.



تقديرات سنة 2000



تنبؤات سنة 2025

المصدر :

kheire Eddine Merad Boudia, HTA , Hypertention artérielle, Société Algérienne de l'hypertention Artérielle, Algérie, 2009, P26

إن الإحصاءات الواردة في الجدول والمبينة أيضا في الشكل البياني تظهر جليا أن معدلات الضغط الدموي تعرف إرتفاعا حقيقيا كما تم ذكره آنفا، حيث يتضح هذا الأمر بشكل كبير لدى المجتمعات

المتقدمة التي تولي إهتماما بالغا لمجال إحصاء ومتابعة هذا النوع من الأمـــراض، نظـــرا لمســـتوى وعيهـــا الإجتماعي بمخاطره، فهي على عكس المجتمعات المتخلفة والسائرة في طريق النمو التي لا تهتم بهذه المسألة بالشكل المطلوب، وعلى الرغم من قلة الإحصاءات ونقص دقتها والمسجلة لهذه الأخـــيرة إلا أن محاولـــة تكيفها مع نمط حياة المجتمعات الأوروبية والأمريكية المتقدمة أثر بشكل سلبي علـــى صـــحة مجموعتـــها السكانية، إذ أن الإرتفاع في الدخول الشهرية وتحسين المستوى المعيشي للسكان مع سوء الصرف يصاحبه حتما اللجوء إلى الإستهلاك المفرط للمواد الغذائية الغنية بالبروتينات الحيوانية والشحوم، وهي في الغالـــب مواد خالية من الألياف مما يؤدي ذلك إلى تفشي ظاهرة السمنة الزائدة ومضاعفاتها، وهذا بالتزامن مع قلة الحركة وقلة ممارسة الرياضة، ونتيجة لوفرة هذه النوعية من الأطعمة وتناولها بطرق غير عقلانية، إلى جانب الضغوطات الإجتماعية والنفسية التي صارت تفرضها حياة العصرنة من وجهتها السلبية، ظهرت مشكلات صحية كمرض الضغط الدموي الذي صار يهدد حياة الملايين من السكان في العالم.

ولعل ما زاد في الإنتشار الواسع لمرض الضغط الدموي هي تلك التغيرات الإجتماعيـــة، الثقافيـــة، الإقتصادية والسياسية التي حصلت في أوساط المجتمعات المعاصرة والحديثة، وأثرت بشكل كبير على تدهور الأوضاع الصحية، وبالأخص منها الصحة العمومية التي أصبحت تعاني من التزايد المذهل للمصابين بهـــذا النوع من الأمراض المزمنة الذي أحتل المراتب الأولى، ومن المحتمل لاحقا أن يصبح يمثـــل الـــدافع الأول للإستشارات الطبية والإكلينيكية الأكثر إنتشارا في المستشفيات والمراكز الصحية.[1]

وهذا الوضع بدوره يزيد من خطورة إنتشار مرض الضغط الدموي ومن مضاعفاته علـــى صـــحة الأفراد، كزيادة إحتمال الإصابة بالسكتات الدماغية بمقدار أربع أضعاف لدى الأفراد الذين يعانون مـــن إرتفاع في ضغط الدم، وكذلك الحال بالنسبة للدورة الدموية التاجية، فقد يؤدي إرتفاع ضغط الـــدم إلى التخثر في الشريان الذي يزود الدماغ بالدم، ومن المحتمل أن تصاب الكليتان بالضرر وقد يلحـــق الضـــرر بالعينين وأعضاء أخرى من الجسم.[2]

وفي جميع حالات الإصابة بإرتفاع في ضغط الدم لدى الأفراد، فإن حوالي 90% مـــن الإصـــابات بالضغط الدموي يسيطر عليها النوع الأول، وهو الضغط الدموي الأولى أو الأساسي الذي يعد الأكثـــر إنتشارا وحتى خطورة بين الأفراد، في حين النوع الثاني وهو الضغط الدموي الثانوي تبقى النسبة المقدرة له بحوالي 10% من المصابين به من الأفراد، ويتوقع أن يمس مرض إرتفاع الضغط الدموي 3/1 من الأفـــراد، فهو مرض يزداد مع التقدم في السن لا سيما في المجتمعات المتقدمة، حيث كلما زاد ســـن الفـــرد زادت إحتمالات الإصابة بالضغط الدموي إذا ما توفرت الظروف لذلك، كما يتوقع أيضا إنتشاره بنسبة تتجاوز 50% إبتداءا من العمر المحدد بـــ 65% سنة، أما بالنسبة للنساء وبغض النظر عن السن، فإن معدل إنتشاره أقل بالمقارنة مع معدل الحالات المرضية بالنسبة لأمراض القلب الوعائية، وبمقارنة بسيطة يظهر بأن الإصابة

---

(1) Kheir Eddine Merad Boudia, Op.cit, p26.

(2) طوني سميث وآخرون، المرجع السابق، ص،ص 394،393.

به بين السود تزداد أكثر خاصة في سن المراهقة مما تؤدي إلى الرفع من معدلات الحالة المرضية والوفيات معا، و لعل معرفة عوامل الخطر المتسببة في إنتشار هذا المرض تتحدد أساسا في البيئة المعيشية و الإستهلاك الكبير لمكون الصوديوم والأملاح، والمشروبات الكحولية والبدانة والتدخين وما إلى ذلك من العوامل، و لقد صنف هذا المرض من طرف المنظمة العالمية للصحة في تقريرها سنة 2002 ضمن الأمراض الأكثر خطورة على الإصابة بالأمراض القلبية والشريانية مما يؤدي إلى تسجيل حوالي 7 ملايين من حالات الوفاة في كل سنة.

كما أثبتت العديد من الدراسات مدى إنتشار مرض الضغط الدموي في أوساط مرضى السكري وبنسب عالية جدا قدرت مابين 30 و 70% وسواء تعلق الأمر بالمرضى المصابين بداء السكري والذين يعالجون بالأنسولين والذين لا يعالجون به.[1] وهذه الحالة تزيد من إثبات صفة الخطورة التي يتميز بها هذا المرض في علاقته بمرضى السكري وحتى الأصحاء أنفسهم.

المطلب الثاني : داء السكري إبدميولوجيا في المجتمعات.

من الشائع جدا حول مرض السكري أنه يزداد إنتشارا سنة بعد سنة في المجتمعات، وكما تدل الدراسات المتعاقبة بأنه من المتسبب فيه التطور السريع في إقتصاديات الشعوب وما تبع ذلك من تغير سريع في نمط الحياة بصورة أصبحت تساهم بطريقة أو أخرى في تزايد إنتشار هذا المرض، ومن المؤكد أن داء السكري مرض يدخل ضمن مجموعة كبيرة من الأمراض المتشعبة التي لم يصل العلم إلى كشف العديد من أسرارها ومن جميع النواحي وبخاصة من الناحية الإجتماعية، النفسية، الإبدميولوجية وحتى الأسباب الكامنة وراء نشوء هذا النوع من الباتولوجيا، وقبل إقتحام لب هذا العنوان لم لا يتم تقديم مرض السكري من المنظور الطبي:

1-مرض السكري من المنظور الطبي :

عرف مرض السكري منذ القدم، فقد وجد مكتوبا على ورق البردي في العصور الغابرة، كما عرفه القدماء المصريين (الفراعنة)، وقدماء اليونان.[2] كما أعطيت لهذا المرض أوصاف عديدة فقد وصفه أحد الأطباء في القرن السابع عشر ببول مريض السكري وبأنه مشرب العسل، وبعد ذلك تأكد أحد الباحثين من وجود السكر بالبول.[3] وفي أواخر القرن الثامن عشر وصف دم المريض بأنه يحتوى على كمية زائدة من السكري، وفي سنة 1969 وصف "لنكرهنس" الجزر التي تحمل حاليا إسمه في البنكرياس.[4] ويعد عام 1922 منعرجا حاسما في تاريخ مرض السكري، نظرا لإكتشاف مادة الأنسولين من طرف العالمان "فريديريك بانتين" مع "شارل بيست"، وهنا أصبحت مادة الأنسولين ضرورية للحفاظ على حياة مرضى

(1) Bristol, Myers Squibb, HTA et diabète, La grande arche nord, Paris, 1996, P3.
(2) Marcel- Jacque chicouri, Diabète, Collection consultation ,Edition M.A, Paris, 1983, P11 .
(3) Ibid, P.P 11.12
(4) Idib, P12

السكري، هذا ما دفع بالإتحاد الدولي للسكري ومنظمة الصحة العالمية لتحديد تاريخ 14 نوفمبر من كل سنة كذكرى لليوم العالمي لداء السكري.[1]

ترجع تسمية السكري Diabète كمصطلح إلى الأصل اليوناني فهي إشتقاق من كلمة "Diabaien " التي تعني Passer à travèrs، أي كل ما يمر من سوائل عبر الكلية.[2] وتوظف هذه الكلمة عادة للدلالة على وجود نسبة عالية من السكر في البول والدم معا.[3]

وحتى يمكن معرفة هذا الداء بشكل جيد يمكن تعريف الإضطرابات التي تحدث في إستقلاب السكر، وترفع من مستواه في الدم إلى درجة الخطر، بإعتبار أن أي كمية من السكر تدخل عن طريق التغذية تقابلها كمية من هرمون الأنسولين Insuline تفرز وتعمل وتساعد على إنتقال السكر في الدم إلى الخلايا إما لحرقه والحصول على الطاقة أو لتخزينه في شكل غليكوجين أو دهون لوقت الحاجة.[4]

وحسب هذا التعريف فإن داء السكري هو المرض الذي يرتبط إرتباطا وثيقا بنقص أو عدم إفراز مادة الأنسولين الذي يتركب في جزر لنكرهنس في البنكرياس (المعثكلة)، ويحدث بسبب توقف غدة البنكرياس كليا أو جزئيا عن إنتاج مقادير كافية من هذا الهرمون، بالإضافة إلى وجود مسببات أخرى تحول دون القيام بهذه العملية، وبتعريف آخر فإن إنعدام الأنسولين أو نقصه يؤدي إلى رفع نسبة السكر في الدم ولمدة طويلة ،وذلك بسبب عدم دخوله بسرعة إلى الخلايا والأنسجة ومن ثم عدم حدوث عملية الإستقلاب فيها.[5] وفي هذه الحالة فإن عملية الإستقلاب لا تنتهي عند حد إرتفاع السكر في الدم ومن ثم طرحه في البول، بإعتبار الأنسجة بحاجة دائمة إلى الطاقة، وبخاصة إذا لم تكن مادة الأنسولين غير كافية أو منعدمة مما يضطر بالأنسجة أن تحصل على ما يلزمها من الطاقة تجدها عادة في حرق المواد الدهنية في شكل شحوم (التريجلسريد والكلسترول)، ويحول مخزونها إلى الدم عن طريق الكبد.[6]

ويتضح من ذلك أنه كلما قل الأنسولين كلما إزداد تراكم المواد الدهنية كالتريجلسريد والكلسترول، وهذه الشحوم على المدى الطويل ستؤدي إلى تصلب الشرايين وإحداث الإعتلالات في الأوعية الدموية...الخ، ومن ثم إتلاف بعض أعضاء الجسم كالعينين والكليتين وما إلى ذلك.[7] وحتى لا يبقى المجال لكل باحث أن يضع تعريفه الخاص بالداء السكري فقد إتفق خبراء منظمة الصحة العالمية ووضعوا التعريف الآتي لهذا الداء بأنه حالة مزمنة ترتبط أساسا بإزدياد مستوى السكرl'hyperglycémie أي (glucose) في الدم عن المستوى الطبيعي، وقد ينتج ذلك عن عوامل بيئية ووراثية كثيرة غالبا ما تتضافر مع بعضها

(1) http : //www.who.int/mediacentre./ar/index.html.26/05/2009.10 :30
(2) M. Lacombe, J.P.Monceaux, A.Harrlay, Op.cit, P 37.
(3) Yves Juvain, Patrick Roux, Op.cit, P256.
(4) Marcel- Jacques chicourie, Op.cit, P.P 15.18.
(5) Maurice Bariety, Robert Bonniot, Jean Bariéty, Sémiologie médicale, Initiation a la médecine, Masson et CIE, Paris, 3eme Edition,1969, P 416.
(6) Idib P 417.
(7) Marcel-Jacques chicouri, Op.cit, P-P 18-20.

البعض.[1] ومن الجدير بالذكر في هذه النظرة الطبية حول داء السكري توضيح تصانيفه التي تتعدد غالبا ويحدث الجدل حول أهميتها و مغزاها، ولعل من أبرزها التصنيف حسب السن الذي يبدأ فيه المرض وتصنيف المعتمد على بعض التحاليل الخلوية و المناعة، ولكن التصنيف الأكثر إستعمالا في الوقت الراهن هو الذي إتفق عليه خبراء منظمة الصحة العالمية والذي يعتمده معظم الأطباء حاليا.[2] ويكفي أن يعرف بأنه ينقسم إلى نوعان رئيسيان هما :

1- مرض السكري المعتمد على الأنسولين (النوع لأول) Le diabétique insulimo-dépendant (DID) ويصيب هذا النوع من الداء السكري الصغار والشباب وكل الأشخاص دون الأربعين، لذلك يدعى بالفتوي أو الشبابي، ويكون هذا النوع غالبا مستقر وأعراضه واضحة، أما إضطراباته فتنتج عن عدم إفراز البنكرياس (المعثكلة) لهرمون الأنسولين أو إفراز مقدار غير كافي تماما، وذلك بسبب الخراب الذي يصيب الخلايا المنتجة له (جزر لنكرهنس)، مما يؤدي إلى عجز الجسم عن إستعمال الجولوكوز في مثل هذا الوضع، ويمكن أن يصل المصاب في هذه الحالة إلى الخطورة التي تسمى بالغيبوبة السكرية، وتعني تجمع الغلوكوز بشكل كبير في دم الإنسان و بوله.[3] وفي هذا النمط لا يمكن الإستغناء عن الأنسولين بأي شكل من لأشكال، بإعتباره العامل الرئيسي الذي يعمل على تخفيض معدل السكر في الدم.[4]

2- مرض السكري الذي لا يعتمد على الأنسولين (النوع الثاني)Le diabétique non insulino-dépendant (DNID) :ويدعى هذا النوع أيضا بالسكري ذو البدء المتأخر، حيث يصيب الأفراد ما فوق سن الأربعين، أما بالنسبة لإضطربات هذا النوع فإن الخلايا المنتجة لهرمون الأنسولين في البنكرياس تقوم بوظيفتها، ولكنها تكون ضعيفة وقليلة مقارنة مع إحتياجات الجسم من الأنسولين.[5] وفي بعض الحالات قد يرتفع مقدار الأنسولين في الدم ولكن مفعوله يكون ضعيفا أيضا بسبب توليد الجسم لموانع مضادة لمفعول الأنسولين أو لضعف مقاومة مستقلبات الأنسولين المتعلقة بسطح خلايا الجسم، وفي الغالب تحدث هذه الحالة لدى المصابين بالسمنة.[6] لأن كثرة الشحوم حول الأمعاء قد تقاوم الأنسولين، ولعل الوراثة تلعب دورا هاما في الإصابة بهذا النمط وعادة يكون أحد الوالدين أو أقارب المريض مصاب بالسكري.[7]

---

(1) Gérard Pacaud, le diabéte et ses complications, prévention, pris en charge, traitement, Edition dahlab, Alger, 1995,P 12.

(2) سيد الحديدي،نزار الباش، الداء السكري، قصته، أسبابه، طرق علاجه، دار القلم العربي، سوريا، ط1، 1994، ص 51.

(3) هاني عرموش، دليل الأسرة الطبي المصور، دار النفائس للطباعة والنشر والتوزيع، سوريا، ط3، 2005 ، ص 671.

(4) Mourice Bariéty, Robert bonniot, Jean Bariéty, Op.cit, P 417

(5) جعفر صادق علاوي، مرض السكري للطبيب والمريض، دار الوراق للدراسات والنشر والإعلام، سوري، ط2،1997، ص 30.

(6) Mourice Bariéty, Robert bonniot, Jean bariéty, Op.cit, P 418.

(7) L.perlemter, Guide thèrapotique, Edition masson, Paris,4eme Éd, 2006, P 359.

ومن الناحية العلاجية فإن هذا النوع الثاني من السكري يختلف عن النوع الأول فبدلا من إستعمال حقن الأنسولين لدى المصابين به، تستعمل في بداية إكتشافه الحمية الغذائية الخاصة ومن ثم تناول أقـــراص تعمل عادة على حث البنكرياس على إفراز هرمون الأنسولين وتخفيض معدلات السكر في الدم.[1]

أما من ناحية الإنتشار فيلاحظ أن الإحصائيات تدل على أن النوع الثاني أكثر إنتشارا من النـــوع الأول حيث تقدر النسبة للثاني مابين 85 و90% من المصابين به في العالم، في حين بقية النسبة تشكل النوع الأول أي ما بين 10 و15% من المصابين به.[2] وفي هذا السياق يعتبر مرض السكري من الأمراض الخبيثة والمخفية وغير الواضحة المعالم من الناحية الإبدميولوجية والتشخيص بين الأفراد، ذلك لسبب بسيط وهو أن العديد من المصابين به لا يدركون حقيقة وجوده ولأجل ذلك، فهو مثل مرض إرتفاع ضغط الدم من حيث صعوبة تحديد الخط الفاصل بين المصاب وغير المصاب به، ولذلك وضعت منظمة الصـــحة العالميـــة معيارا رقميا خاص بقياس الإصابة بهذا الداء، بحيث إذا تجاوز معدل السكر لدى الشخص 7ملغ/ل فهـــو يعاني من السكري، وللإشارة فإنه لا يمكن تحديد فواصل قاطعة في هذا الأمر.[3] مما يتطلـــب الفحـــص المستمر وإجراء مختلف التحاليل الطبية لإكتشافه، وعلى العموم ومن المتعارف عليه طبيـــا فـــإن كميـــة الجلوكوز السوية في الدم تكون في حدود 60-110 ملم/ل.[4]

وللتنبيه فإن من إضطرابات هذا الداء ما ينتج في شكل إنخفاض للسكر في الـــدم Hypoglycémie، وهذه الحالة تقتصر عادة على الأشخاص المصابين أصلا بالداء السكري، والذين يتناولون الأنســـولين دون إنتظام أو يتناولون العقاقير الخافضة للسكر في الدم وبعض الأدوية والأطعمة إلى جانـــب الجـــوع المديـــد والحمى الشديدة وما إلى ذلك من مسبباته.[5]

إن مرض السكري أصبح يمثل خطرا بارزا على حياة الأفراد، وبخاصة مع إزدياد الضغوط النفســـية والإجتماعية، وكذا التغير أو التحول الكبير في كم ونوع الطعام المستهلك في غالبية المجتمعـــات حاليـــا، بالإضافة إلى قلة النشاط الحركي اليومي.

إن المرضى المصابين بهذا الداء يشكلون عبئا ثقيلا على المؤسسات الطبيـــة في الوقـــت الحاضـــر والمستقبل، وخصوصا إذا تفشت مضاعفات المرض كتلف الكلية والعمى وبتر أجزاء من الأطراف، حيث أن إمكانية علاج مضاعفات السكري لا تزال في مراحلها الأولى حتى في المجتمعات المتقدمة، وهذه العوامل وغيرها قد تكون السبب في إنتشار مرض السكري بالإضافة إلى العوامل الوراثية التي قد تساهم أيضـــا في إنتشار هذه الظاهرة.

---

(1) Ibid, P.P, 360.361.

(2) OMS,« le diabète sucre», Aide Mémoire, OMS, Geneve, N° 138, Novembre 1999, P.P,1.2.

(3) يعقوب يوسف الكندري، المرجع السابق، ص 368.

(4) وائل عبد المولى باشا ، المرجع السابق، ص 160.

(5) هاني عرموش، المرجع السابق، ص 676 .

إن مرض السكري ينتشر بين جميع شعوب العالم ويصيب الأغنياء والفقراء، الصغار والكبار، الرجال والنساء، ولكن نسبة الإصابة بهذا الداء تختلف حسب البيئة والثقافة المحلية للمجتمع، لذلك فقد يكون منتشر بمستوى عال من الإصابة به في مجتمعات، وقد يكون غير منتشر بنفس المستوى في مجتمعات أخرى وحتى على نطاق المجتمع الواحد .

2-مرض السكري من المنظور الإبدميولوجي :

هناك صعوبة كبيرة في إمكانية ضبط الوضعية الإبدميولوجية لداء السكري سواء على مستوى الإصابة به، أو على مستوى التسبب في الوفيات، نظرا لقلة الأرقام والإحصاءات الدقيقة عن مدى إنتشار هذا الداء في المجتمعات المتخلفة، ومن المعروف أن عدد الحالات غير المسجلة، أو غير المكتشفة قد تعادل ما هو كائن من عدد حالات المصابين بهذا الداء في الواقع.[1] ولكن الجميع يتفق على أن داء السكري يمثل مشكلة حقيقية ورئيسية من مشاكل الصحة العامة، والتي ينبغي معرفة مستويات الإصابة والوفاة بها في كل المجتمعات دون إستثناء، ولعل تقارير منظمة الصحة العالمية تكشف في هذا الشأن معظم التقديرات منذ حوالي ثلاث عقود من الزمن، فقد إستخدم خبراء المنظمة سنة 1980 سجلات معدلات الوقوع وحتى الوصفات الدوائية.[2] وفي سنة 1985 قدرت المنظمة عدد حالات الإصابة بداء السكري بـ30 مليون مصاب في جميع أوساط المجتمعات.[3] وعلى سبيل المقارنة تشير التقديرات الإحصائية إلى أن المجتمع الأمريكي يعرف إرتفاعا في داء السكري خاصة لدى فئة المسنين من السكان البيض، حيث قدرت نسبة 8% في فئة السن 60-69 سنة، ونسبة 20% في فئة السن 80-89 سنة.[4] بينما يصاب الهنود الحمر من قبائل البيما والشروكي بنسبة تصل إلى 40% من مجموع السكان، والنوع الأول من مرض السكري يصل إلى نصف عدد المصابين، أما نسبة الإنتشار في المجتمعات الأروبية البيضاء فتقارب 2.5% من السكان، وبالنسبة للنوع الأول من مرض السكري تشكل ثلث هذه النسبة تقريبا.[5] والملاحظ أن الإصابة بداء السكري تنتشر بشكل كبير لدى المسنين وتزداد مع الزيادة في السن، وأن الإختلافات العرقية قد تؤدي في النهاية إلى حدوث هذا المرض داخل نطاق المجتمعات عامة، أما نسبة إنتشار مرض السكري في أوساط المجتمعات النامية كالعربية خلال هذه الفترة من الزمن، فإنها غير معروفة بشكل جيد ولكن من خلال بعض الدراسات التي تمت في المنطقة، يتضح أن هناك عدد كبير من المصابين بمرض السكري، الأمر الذي برز في بعض الدراسات التي قام بها أطباء من المغرب العربي كالمغرب وتونس، ومن ضمن ذلك الدراسة التي قام بها الدكتور "بلخدير" "Belkhadir" مع الدكتور "بن سنداد" "Ben Sendad " خلال سنة

---

(1) سيد الحديدي، نزار الباش، المرجع السابق، ص 59

(2) أحمد فايز النماس، المرجع السابق، ص، 132.

(3) OMS, «Le coût du diabète, Journée mondiale du diabète, 14 novembre 1999», Aide mémoire, OMS,Genéve,N°236,novembre ,1999, P1.

(4) T.Constans, F.Duchemin , Problemes quotidions du diabète, conduite à tenir devant un diabétique âgé, publication de servier médical, Neuilly-sur-seine,1986, P1.

(5) جعفر صادق علاوي، المرجع السابق،ص 24 .

1980 بالمجتمع المغربي، وبإختيار عينة قدر عدد أفرادها بـــ1021 فرد من سكان المنطقة الحضرية، وتوصلت الدراسة إلى أن نسبة إنتشار مرض السكري بلغت 2.26% مع إحتمال إرتفاع في عدد المصابين بهذا الداء، وقد أجريت دراسة أخرى في المجتمع التونسي حول عدد المصابين أيضا بداء السكري قام بها كل من الدكتور "بن خليفة" "Ben khalifa" مع الدكتور "هنري" "Hanry" سنة 1981، وتم أخذ عينة مكونة من 1143 عائلة موزعة على 99172 فرد، أما نتائج هذه الدراسة فقد أظهرت أن معدل داء السكري قدر بـــ2.26% لجميع أنواع هذا الداء، كما يرتفع هذا المعدل كلما إرتفع العمر بنسبة تصل إلى 10% بعد عمر 60 عام.(1)

ولعل ما لوحظ عن الوضعية الإبدميولوجية لداء السكري في بعض المجتمعات النامية يلاحظ أيضا على المجتمعات المتخلفة، نظرا لعدم وجود معطيات دقيقة حول إنتشار هذا الداء، فالفقر المتنامي والعجز في الموارد المالية والأزمات الإقتصادية ونقص وسائل الوقاية والعلاج، جميعها مؤشرات تؤثر بطريقة أو بأخرى على تدهور الوضع الصحي وإنتشار الأمراض بما فيها مرض السكري، لذلك تسعى منظمة الصحة العالمية من خلال برامجها المدعمة للتحقيقات الإبدميولوجية في الكثير من دول العالم للتخفيف من حدة إنتشار هذا الداء.(2)

وعليه وعلى الرغم من المؤشرات الدالة على إنتشار هذا الداء في هذه المجتمعات النامية والمتخلفة على غرار إنتشاره في المجتمعات المتقدمة، إلا أن المعطيات والإحصائيات الدقيقة تبقى السبيل الأمثل الذي سيوضح الصورة الحقيقية للمسار المرضي وإنتشار داء السكري في العالم، مما يسمح بوضع برامج تخطيطية للوقاية منه ومكافحته، الأمر الذي يلتمس في الإمكانيات المتوفرة في مجال الإحصائيات حول المرض لدى المجتمعات المتقدمة، وفي هذا السياق واصلت منظمة الصحة العالمية تتبع مسار تطور معدلات إنتشار مرض السكري حسب المناطق التي تملك أكثر عنها قاعدة إحصائية حول هذه المشكلة، ففي سنة 1992 قدر معدل إنتشار الداء بين الفئات العمرية كما هو الحال بالنسبة لفئة السن 30 سنة بـــ1% في قارتي آسيا وإفريقيا، وما بين 2و3% في المجتمع الفرنسي، وما بين 2و4% في مجتمع روسيا، يضاف إلى ذلك ما بين 5 و6% في المجتمع الأمريكي أغلبهم من السكان البيض، أما السود فوصل معدلهم إلى 30%، وما بين 10و20% في مجتمع إسبانيا، وفي مجتمع إيطاليا قدر المعدل بـــ10%.(3)

ولقد إكتشفت منظمة الصحة العالمية في تقاريرها السنوية أن هناك إرتفاعا محسوسا وسريعا لإنتشار داء السكري في العالم، ويظهر ذلك من خلال ما تم تسجيله ما بين سنتي 1993 و1995 حيث بلغ عدد

(1) Laboratoire de développement pharmaceutique Algérie, « Médico- pharmaceutique»,Le diabète, Laboratoire de développement pharmaceutique Alger, N°4,1998, P21.

(2) OMS, Rapport sur la santé dans le monde 1996, Combattre la maladie promouvoir, le développement, OMS Genève, 1996,P76.

(3) Laboratoire de développement pharmaceutique Algérie, « Médico- pharmaceutique»,Op.cit, P21.

المصابين بداء السكري 135 مليون مصاب بحلول سنة 1995.[1] وقد تنبأت المنظمة بأن هذا العدد سيستمر في الإرتفاع إلى نهاية القرن، أي (إلى غاية) حلول سنة 2000، ولعل النوع الذي سينتشر أكثر من هذا الداء هو النوع غير الخاضع للأنسولين وبنسبة ستتراوح ما بين 85 إلى 90%، وأن الأشخاص المقيمين بالمناطق الحضرية، وذوي فئات السن الكبيرة هم الأكثر تعرضا للإصابة به.[2]إن معدلات إنتشار داء السكري في المجتمعات الصناعية أصبح يتراوح ما بين 2 إلى 5% ويمس بالخصوص الأشخاص البالغين في العمر، كما هو الحال بالنسبة للمجتمع الفرنسي الذي بات معدل إنتشار السكري فيه يقترب من 4% أي حوالي من 1.5إلى 2 مليون مصاب، كما أن المجتمع الأمريكي هو الآخر بات يعرف إرتفاعا في إحتمال الإصابة بهذا الداء بنسبة تصل إلى 7% سنويا، وأن النصف من الأشخاص المصابين في هذا المجتمع هم من البالغين سن 30 سنة إلى 64 سنة، وأن الخمس 5/1 منهم من سكان الشمال أين يرتفع المستوى المعيشي، ويتوزع إنتشار هذا الداء بالنسبة للبيض بنسبة 6% والسود بنسبة9%، وبدون الأخذ في الحسبان الأطفال الرضع، أما بالنسبة لنوع الداء المنتشر والخاضع للأنسولين هو الأكثر مما سيعاني منه الأمريكيون.[3]

ولعل من مسببات هذه الزيادة الواضحة في معدلات داء السكري في هذه المجتمعات، هو ذلك التغير الإجتماعي السريع، الذي أحدث بدوره تبدلات كبيرة في أنماط التغذية وقلة الحركة والنشاط الرياضي والسمنة وما يصاحبها من آثار سلبية على صحة الفرد، وكذلك الحال بالنسبة للمجتمعات النامية فبالرغم من قلة ودقة الإحصاءات حول معدلات إنتشار هذا الداء إلى أن مؤشرات التغير في نمط الحياة والتوجه نحو نمط غذائي حديث أصبح غني بالدهنيات والسكريات، يعتبر كدليل قاطع لإنتشار الداء في أوساطها.[4]

إن الداء السكري عموما يصيب ما بين 4 إلى 5% من الأطفال ذكورا وإناثا من مجموع الأشخاص السكريين، وعادة ما يكون تحت نمط داء السكري الخاضع للأنسولين (DID).[5] كما يمس من هذه الفئة في سن أقل من 15 سنة حوالي طفل واحد على 1000 في المجتمعات الصناعية، أما في المجتمعات النامية فهو نادر ووضعيته الإبدميولوجية غير واضحة المعالم، وهذا نظرا لقلة الوعي والإستهانة بمخاطره هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى عدم وجود التدابير اللازمة لإكتشافه والتصريح به.[6]

إن التقارير الحديثة لعام 2005 الصادرة عن منظمة الصحة العالمية تشير إلى أن السكري أصاب خلال هذه الفترة حوالي 180 مليون شخص على مستوى العالم، وأن هذا العدد سيتضاعف بحلول سنة 2030.[7] وحقيقة قد تأكد هذا من خلال الزيادة الملموسة في عدد الإصابات به، والتي ظهرت في البيان الذي صدر في 19 أكتوبر 2009 عن الإتحاد العالمي لجمعيات مرضى السكري، حيث أشار إلى رقم مذهل بإصابة 285

(1) OMS, «Le cout du diabète, journée Mondiale du diabète 14 Novembre 1999 »,Aid mémoire Op.cit, P1.
(2) OMS, Rapport sur la santé dans le monde 1995, Réduire les écarts, OMS, Genève, 1995,p33.
(3) Gérard Pacaud, Op.cit, P 17.
(4) Idid, p18 .
(5) Marcel-Jacques chicouri, Op.cit, P77.
(6) OMS, Rapport sur la santé dans le monde 1995 Réduire les écarts, Op.cit, P12.
(7) http://www.who.int/mediacentre/event/ar/index .htm,26/05/2009/10:30?

مليون شخص، وأن الأشخاص الذين يعيشون في المجتمعات المنخفضة والمتوسطة الدخل سيعانون أكثر من هذا الداء وليس كما هو شائع على المجتمعات المتقدمة .

وأن الداء يصيب أغلبية الأشخاص في سن العمل أي ما بين 20-60 عاما، وأن تتبع إنتشار هذا الداء من خلال البيانات المتاحة منذ سنة 1985 والتي قدر خلالها عدد المصابين بـــ30 مليون شخص، ومع مرور 15 سنة فقط أي بحلول سنة 2000 تمت الإشارة إلى وجود 150 مليون شخص، وبعد أقل من 10 سنوات إرتفع العدد - المشار إليه في مؤتمر السكري العالمي الـــ20 في مونتريال بكندا- إلى العـــدد 300 مليـــون شخص ممن يزيدون عن منتصف العمر، كما تنبأ الإتحاد بخصوص المجتمعات النامية بأن العدد ســـيتجاوز 435 مليون شخص مصاب بهذا الداء بحلول سنة 2030.[1]

من خلال هذه البيانات يمكن إستنتاج أن داء السكري أصبح مشكلة حقيقية تعرف إنتشارا واســـعا بدليل الأرقام المسجلة سالفا، وفي كل المجتمعات المتقدمة منها والنامية، غير أن الأمر يزداد تعقيدا بالنســـبة لإنتشار هذه الظاهرة في المجتمعات النامية، نظرا للمرحلة الإنتقالية التي تمر بها وما نتج عنها من تحـــولات مست بالدرجة الأولى النمط المعيشي المتبع، حيث إنتقلت مما هو تقليدي إلى ما هو حـــديث ومعصـــرن ومتحضر، كما حدث للوضع الغذائي الذي أصبح يعتبر في نظر المختصين من المسببات الرئيسية في البدانة والإصابة بداء السكري هذا من جهة، ومن جهة أخرى فإن مضاعفات المرض ونفقات الرعاية الصـــحية للمرضى السكريين، تتطلب إمكانيات ووسائل وقائية وعلاجية ما فوق إمكانيات هذه المجتمعات خاصة مع نقص الوعي الصحي والإجتماعي، لأجل هذا الأمر تسعى منظمة الصحة العالمية لإتخاذ الإجراءات اللازمة للحيلولة دون إنتشار وتضاعف داء السكري في مختلف المجتمعات، ومحاولة الإهتمام وإحتواء المشكلة أكثر والتخفيف من حدتها، خاصة مع النقص الملموس في تطبيق مقاييس وبرامج الوقاية الإبدميولوجية.[2]

وفي كل الأحوال وعلى الرغم من الوسائل العلاجية المتوفرة لدى بعض المجتمعات لمواجهة ومكافحة مخاطر داء السكري، وكذا توفرها على الأدوية الفعالة مثل الأنسولين والأقراص والمضادات الحيوية، إلا أن داء السكري يبقى يحتل المراتب العليا كسببا رئيسيا من مسببات الوفاة في هذه المجتمعات حاليا، ناهيك عن مضاعفاته ونفقات علاجه الغالية الثمن.[3]

وعلى هذا الأساس يعد داء السكري سببا مسؤولا عن الوفاة بنسبة تقدر بحوالي 84% من أســـباب الوفيات العامة، فلقد ظهر في تقدير منظمة الصحة العالمية سنة 1993 بأن داء السكري يؤدي بـــ170 حالة وفاة لكل 1000 ساكن وفي جميع فئات السن ولكلا الجنسين.[4]

---

(1) http://www.dmeducation.com/ub/show theread.ph.p,03/11/2009/10:05?

(2) OMS, «le coût du diabète, journée Mondiale du diabète 14 novembre 1999 », Aid mémoire, Op.cit, P1.

(3) Marcel-Jacques chicouri, Op.cit, P97.

(4) OMS, Rapport sur la santé dans le monde 1995 Réduire les écarts, Op.cit,P33.

إن هذه المعدلات المسجلة للوفيات بداء السكري قد تضاعفت في العالم وفي سنوات قليلة لاحقة حسب التقارير الحديثة لمنظمة الصحة العالمية، ففي سنة 1998 قدرت بـ53292 حالة وفاة لكل 1000 ساكن موزعة حسب نوعية الأمراض غير المتنقلة، والتي يمثل داء السكري سببا رئيسيا من ضمن أسبابها، وذلك برقم مقدر بـ31717 حالة وفاة لكل 1000 ساكن، منها المتعلقة بداء السكري لوحده مقدرة بـ600 حالة وفاة لكل 1000 ساكن في العالم، حيث يتوزع هذا الرقم على جنس الذكور بـ257 حالة وفاة وعلى جنس الإناث بـ343 حالة وفاة لكل 1000 ساكن من كلا الجنسين كذلك.[1] والملاحظ من خلال هذه الحالات الأخيرة المسجلة أن الوفيات بسبب داء السكري في تزايد ملموس وأنها تزداد بإختلاف الجنسين، حيث تظهر مرتفعة لدى الإناث مقارنة بالذكور، الأمر الذي يعزى إلى التأثر الكبير لجنس الإناث بالتغيرات الحاصلة في نمط معيشتهن وضعف مقاومتهن لعوامل الشد والقلق ومختلف ضغوط هذا العصر النفسية والإجتماعية، وحتى سهولة تعرضهن للإصابة بالسمنة المؤدية إلى الإصابة بالداء السكري، هذا ما تؤكده المقارنة التي جاءت في تقرير المنظمة الخاص بالصحة في العالم لسنة 2000، حيث سجلت لدى الذكور حوالي 335.000 حالة وبنسبة مقدرة بـ1.2%، بالمقابل سجلت لدى الإناث 441000 حالة وبنسبة 1.6%، وتمثل هذه الحالات 776000 من مجموع الوفيات العامة وبنسبة تقدر بـ1.4%.[2]

ولعل الأمر لا يتوقف عند حد خطورة إرتفاع أرقام ومعدلات داء السكري، بل في مضاعفاته وفي كونه عامل خطر مسبب ومضاعف لأمراض أخرى كالأمراض القلبية وضغط الدم المرتفع وغيرهما من الأمراض القاتلة.[3] وحقيقة يشير نفس مصدر الإحصائيات السالفة إلى أن 1.5 مليون حالة وفاة في المجتمعات عامة سجلت 1999 بسبب مضاعفات داء السكري [4].

وكخلاصة عن هذه العجالة الخاصة بتقييم مستوى الوفاة بداء السكري، يمكن القول أن هناك إتجاه واضح للزيادة في معدلات وحالات الوفاة بهذا الوباء، ناهيك عن مضاعفاته التي تلعب دورا بارزا في تفشي أمراض أخرى تكون مسببة هي للوفاة أيضا، كما هو الحال بالنسبة لأمراض القلب يضاف إلى ذلك أعباء العلاج المكلفة على مستوى المرضى السكريين وأسرهم والمجتمع ككل.ولقد بات من الواضح أيضا تأثيرات التحول والإنتقال السريعين في نواحي البيئة الإجتماعية الإقتصادية والثقافية، والتي صارت تصاحبها ضغوطات نفسية كبيرة، وكذا العديد من التعقيدات وبالأخص منها على مستوى عمليات إستهلاك التغذية من خلال الوفرة في أنماط الطعام اليومي، الذي يؤدي حتما إلى زيادة المخزون من الطاقة في الجسم

---

(1) OMS ,Rapport sur la santé dans le monde 1999, pour un réel changement, OMS Genève, 1999, P. P,108.110.

(2) منظمة الصحة العلمية، التقرير الخاص بالصحة في العالم 2000، تحسين أداء النظم الصحية، منظمة الصحة العالمية، جنيف،2000، ص 188.

(3) Laboratoire de développement pharmaceutique Algérie, « Médico- pharmaceutique», Op.cit, P22.

(4)OMS, Rapport sur la santé dans le monde 1999, pour un réel changement, Op.cit, P 98.

وإحداث السمنة، ومن ثم تعرضه للخلل في كثير من الحالات، إلى جانب عوامل وراثية أخرى وهو أمـــر ترتب عليه حدوث مرض السكري وإنتشاره وحدوث الوفاة به بشكل كبير بين مختلف المجتمعات الإنسانية المتقدمة والنامية،ونظرا لهذه النقلة النوعية في المعطيات البيئية والمادية بين المجتمعات الإنسانية، فإن حدوث الوفاة بداء السكري أصبح في هذه الأزمة الأخيرة يمس معظم سكان أقاليم العالم، لكن بمستويات متفاوتة هذا ما سوف يوضح من خلال الجدول الآتي:

جدول رقم (03) : مستويات الوفاة بداء السكري حسب مراتبها في أقاليم العالم، تقديرات 1999 لمنظمة الصحة العالمية .

الأقاليم			عدد السكان بالآلاف	عدد الوفيات بالآلاف
الإقليم الإفريقي	مرتبة الوفاة	عالية أطفال/ بالغين	286350	18
		عالية أطفال عالية جدا/ بالغين	330085	20
إقليم الأمريكيتين	مرتبة الوفاة	منخفضة جدا أطفال / بالغين	318235	74
		منخفضة أطفال /بالغين	424932	98
		عالية أطفال /بالغين	69898	44
إقليم الشرق المتوسط	مرتبة الوفاة	منخفضة أطفال/ بالغين	136798	16
		عالية أطفال /بالغين	348468	38
الإقليم الأوروبي	مرتبة الوفاة	منخفضة جدا أطفال / بالغين	410233	87
		منخفضة أطفال/ بالغين	215276	68
		منخفضة أطفال/ بالغين	246336	21
إقليم جنوب شرق آسيا	مرتبة الوفاة	منخفضة أطفال/ بالغين	288750	37
		عالية أطفال/بالغين	1219492	143
إقليم غرب المحيط الهادي	مرتبة الوفاة	منخفضة جدا أطفال منخفضة جدا بالغين	152882	17
		منخفضة أطفال بالغين	1513894	136

المصدر :منظمة الصحة العالمية، التقرير الخاص بالصحة في العالم 2000، تحسين أداء النظم الصحية، منظمة الصـــحة العالميـــة،جنيف، 2000، ص-ص 194.195.

إن التمعن في ملاحظة الجدول أعلاه يبين مدى التفاوت في مراتب الوفاة بـــداء الســـكري بـــين المجتمعات المتقدمة والمجتمعات النامية، حيث يظهر أن الأعداد المرتفعة هي من نصيب المجتمعات المتقدمـــة كما هو الحال بالنسبة للإقليم الأوروبي وإقليم الأمريكيتين، و لعل السبب في ذلك يرجع بالدرجـــة الأولى

إلى البرامج والتحقيقات الإبدميولوجية والقواعد الإحصائية المتوفرة لأجل معرفة تطورات المشكلة وإحتوائها، هذا إلى جانب العوامل الأخرى كالظروف المعيشية المحيطة وعمليات الإستهلاك المتفتحة على المواد الغذائية المصنعة والمعلبة والمتوفرة والسهلة الإقتناء، والغنية في الغالب بالدهون والسكريات، إضافة إلى عامل آخر وهو تأثير الهرم السكاني الذي تطغى عليه فئة كبار السن التي تمثل الفئة الأكثر تعرضا للإصابة بداء السكري.

أما بالنسبة للمجتمعات النامية والتي تظهر بأعداد أقل كما هو الحال بالنسبة لمجتمعات إقليم إفريقيا، فإن السبب يعود إلى عدم وجود قواعد إحصائية، وحتى عدم دقتها إن وجدت حول حصر مشكلة الوفاة بداء السكري، ولكن الحقيقة والواقع يكشفان وجود عوامل خطر عدة كالظروف المعيشية الصعبة المسببة في الإصابة بداء السكري والوفاة به، ولعل تبني الوضع الغذائي والسلوك الإستهلاكي الغربي للأقاليم الأخرى المتقدمة لهو غير دليل يتوافق مع المعطيات التي تسمح بإنتشار داء السكري، والأمراض المزمنة الأخرى كالأمراض القلبية في أوساط هذه المجتمعات.

المطلب الثالث : أمراض القلب ومستوى الإصابة والوفاة بها في المجتمعات .

إن أمراض القلب تعد من الأمراض غير المتنقلة التي صارت من الأسباب الرئيسية للوفاة، وإنها تمثل مشكلة هامة في مجال الصحة العامة في المجتمعات حاليا، على الرغم من القدر الكبير من المعلومات المتاحة والتنوع في الأساليب العلاجية والوقائية والمكافحة،إلا أن حجم المشكلة لا يزال في تطور مستمر، وعلى الرغم كذلك من صغر هذه العضلة التي لا تزيد عن حجم القبضة في جسم الإنسان، إلا أنها تمثل المضخة المحركة له، التي لا تعرف الراحة، والتي تقوم بوظيفة ضخ الدم في طول الجسم وعرضه وتحمل معها الغذاء والحياة للأنسجة والأعضاء، كما تنزع كافة الفضلات.[1] وعليه ليس أكثر من داء القلب خطرا على صحة الإنسان وأمراضه متنوعة ومتعددة، ولذلك من الضروري هنا التنبيه إلى بعض المعلومات الهامة في هذا السياق من المنظور الطبي :

1-أمراض القلب من المنظور الطبي:

القلب عضلة مجوفة من أهم ما تتكون من أربع حجرات،إثنتان منها لإستقبال الدم،هما الأذين الأيمن والأذين الأيسر، وإثنتان لدفع الدم خارج القلب، هما البطين الأيمن والبطين الأيسر، ويتصل كل أذين بالبطين بواسطة فتحة تتحكم فيها صمامات.[2] أما بالنسبة لوزن هذه العضلة فهي تصل إلى 350 غرام في المتوسط، وعادة تقدر ضربات القلب في المتوسط أيضا بـ80 ضربة في الدقيقة، غير أنها تتغير تبعا لعوامل عديدة منها العمر السن الحالة الصحية العامة والجهد المبذول لدى الإنسان.[3]

---

[1] إميل خليل بيدس، صحة العائلة، 800 سؤال وجواب، دار الجيل، بيروت، ط2، 1998، ص 277.

[2] Yves Juvain, Patrick Roux, Op.cit, P 186.

[3] بهاء الدين إبراهيم سلامة، المرجع السابق،ص 17.

إلى جانب ذلك توجد الأوعية الدموية الممتدة من القلب وإليه، التي تنقل الدم إلى كافة أجزاء الجسم وغيرها مما يطول شرحه في هذا المقام.[1] وعليه فجميع هذه الأجزاء المكونة للقلب تتعرض للإصابة بالأمراض القلبية، كما أن كل أعضاء الجسم الأخرى تؤثر على القلب إذا ما أصابها مرض كما هو الحال بالنسبة للكلى والرئة والأعصاب والدم وما إلى ذلك.[2]

ومن المعترف به طبيا أيضا أن القلب يصاب بأمراض متنوعة كالأمراض القلبية الوعائية، التي يشكل الضغط الدموي إضطرابا حقيقيا ضمنها والأمراض الوعائية المحيطة والأمراض القلبية الخلقية...الخ.[3] وفي جميع الحالات يمكن التطرق إلى أنواع من أمراض القلب الأكثر خطرا وشيوعا في المجتمعات فيما يلي :

1- أمراض الشريان التاجي :

يتسبب هذا النوع من أمراض القلب في معظم حالات الوفاة نتيجة تقلص أو إنسداد في الشرايين.[4] ويعرف بأنه"ضعف في وظيفة القلب بسبب عدم كفاية سريان الدم إلى القلب بالمقارنة بإحتياجاته مما يحدث تغيرات إنسدادية في الدورة الدموية القلبية(التاجية) إلى القلب".[5] ويعتبر الإرتفاع الكبير للدهون أو ما يسمى بالكلسترول عاملا مهما لحدوث مشكل الإنسداد في الشرايين، بإعتبار وجود علاقة وثيقة بين مستوى الكلسترول الكلي والمرض ذاته حيث يمنع هذا الأخير التدفق الطبيعي للدم في مساراته.[6]

إن عضلة القلب تتغذى عبر شريانين تاجيين ينطلقان من الشريان الأورطي (الذي يتطلب تغذية ونشاط دائمين)، ويشكل هذين الشريانين شبكة متفرقة موجودة فوق سطح العضلة، وتحتاج هذه الأخيرة كما سبقت الإشارة إليه إلى إستمرار لتدفق الدم الغني بالأكسجين والمواد المغذية.[7] وعليه فأي نقص في كمية الدم المطلوب يصيب أحد الشريانيين يمكن أن يؤدي إلى تخلط الدم وإحداث ما يسمى بالجلطة الدموية، وأيضا عندما ينبض القلب إستجابة لبذل مجهودا عضلي أو عصبي، أو عندما يتعرض الإنسان لمواقف إنفعالية وعاطفية مؤثرة ويحتاج لمزيد من الأكسجين والغذاء، ولا يجد القلب الكمية الكافية أو اللازمة بسبب ضيق أو إنسداد الشريانان، يحدث ما يسمى بالذبحة الصدرية أو الألم القلبي، وفي كل الأحوال يمكن الإصابة بالنوبة القلبية.[8]

---

(1) طوني سميث وآخرون، المرجع السابق، ص 380 .

(2) مصطفى القمش، خليل معايطة، سحر مخامرة، المرجع السابق،ص 137.

(3) هاني عرموش، المرجع السابق، ص 442.

(4) طوني سمث وآخرون، المرجع السابق، ص 381.

(5) أحمد فايز النماس، المرجع السابق، ص 119.

(6) F.Moatemri et autres, syndrome métabolique, taux de HDL cholestérol et Risque cardiovasculaire, la société tunisienne de cardiologie et de chirurgie cardiovasculaire, 11eme Congrés maghrébin de cardiologie couplé au 28eme congrés national, Tunis, 2008, P 102.

(7) هاني عمروش، المرجع السابق، ص 147.

(8) طوني سميث وآخرون، المرجع السابق، ص 383.

إن هذا النوع من الأمراض القلبية ينتشر أكثر في المجتمعات الغربية ويعاني عادة منه الذكور أكثر من الإناث، غير أن مخاطره تزداد لدى المرأة بعد سن اليأس، مع إحتمال الإصابة به لدى الجنسين معا بعد سن 60 سنة، ويتعرض للإصابة به أيضا وبصورة دائمة الأشخاص الذين يعانون من إرتفاع في ضغط الدم وداء السكري والمدخنين في فئات السن المتوسطة 34-45 سنة.[1] كما يعاني منه الأشخاص ذوي المشاغل المتعددة، ورجال الأعمال والمال والمفكرين وزعماء السياسة، وبالخصوص من لديهم إنفعالات نفسية شديدة ناتجة عن كثرة مشاغلهم وعدم منح أنفسهم الراحة النفسية والجسمية اللازمة.[2]

ولعل ما يزيد من إنتشار الإصابة بمرض إنسداد الشرايين ما يتعلق بعوامل الخطر المتسببة فيه، كما هو الحال بالنسبة لكثرة التدخين وإرتفاع الضغط الدموي والسكري وتناول المنبهات بكثرة مثل الشاي والقهوة والمشروبات الكحولية، إلى جانب الإفراط في التغذية المشبعة بالدهون والدسمة مع قلة الحركة والنشاطات اليومية.[3] ومما يدعم هذا الأمر هو إصابة نسبة عالية من أصحاب الأعمال اليدوية كالأطباء، مقابل نسبة المرض لدى بعض أصحاب الأعمال الخالية من الإنفعالات والمشاغل المؤثر في القلب كما هو الحال بالنسبة للمزارعين.[4]

وعليه بالإمكان القول أن إتخاذ خطوات إتقاء هذا المرض ممكنة ما دام كل شخص قادر على عدم تجاوز ما تحمله عضلة القلب والشرايين من إنفعالات وإجهاد، ومن كل عوامل الخطر الأخرى .

1-2- صلابة الشرايين:

إن تصلب الشرايين يحدث عند إعاقة إنسياب الدم في جسم الإنسان مما يؤدي إلى التقليل من كميته التي تمر عبر الشرايين، وهو مرض يحدث غالبا مع التقدم في السن، وعلى العموم يكون ما بعد سن 50 سنة.

كما يصيب كل الشرايين دون إستثناء، وتظهر مضاعفاته وأعراضه المرضية في العضو المصاب في شرايينه وإصابته قد تكون واضحة، كما قد تكون خفيفة وغامضة في نفس الوقت، في حين تحدث التغيرات عندما تفقد الشرايين مرونتها إما ببطء وإما بسرعة، وفي أغلب الأحوال تكون تغيراتها سريعة خاصة لدى الأشخاص الذين لا يهتمون بصحتهم ولا بمراحل عمرهم وإن كانت تجاوزت 50سنة.[5] وللإشارة فإنه بإمكان تصلب الشرايين في بعض الحالات أن يؤثر في شريان رئيسي كالشريان الأورطي مثلا، غير أنه في الغالب يظهر النقص الخطير في ضخ الدم في الشرايين التي تحمل الدم إلى الدماغ والرجلين.[6]

---

[1] نفس المرجع، ص 383.

[2] مصطفى القمش، خليل معايطة، سحر المخامرة، المرجع السابق، ص 142.

[3] Sergio Mondillo-Maurizio-Golderisi, Echocardiographie évaluation in acute myocardial infraction, ONE way publishing, printed in it Italy, Italy, 2006, P3.

[4] مصطفى القمش، خليل معايطة،سحر مخامرة، المرجع السابق، ص 143.

[5] نفس المرجع، ص 145.

[6] طوني سميث وآخرون، المرجع السابق، ص 415.

إن من أهم مسببات صلابة الشرايين الشيخوخة التي تعتبر النهاية الطبيعية لشيخوخة الشرايين، غير أنه كل شخص يمكن أن يصاب بدرجة معينة من التصلب ومن دون إدراك ذلك، مما ينعكس على الضعف العام في تغذية أعضاء جسم الإنسان.[1] هذا إلى جانب عوامل خطر أخرى كما هو الحال بالنسبة للأشخاص الذين يعانون من فقر الدم، الداء السكري، تقصير القلب، وكذا الأشخاص الذين لا يتبعون القواعد الصحية في التغذية، أي يفرطون في الطعام المشبع بالدسم والتدخين ولا يوفرون الراحة الجسمية ولا يقاومون الإنفعالات النفسية الشديدة وما إلى ذلك.[2]

1-3- أمراض الصمامات القلبية :

تعتبر حالات عظيمة الخطر تصاب بها الصمامات التي تحتويها عضلة القلب وهي أربعة :

- الصمام الأول : وهو الذي يتحكم من مرور الدم في الأذين الأيسر إلى البطين الأيسر ويمنع رجوعه في الإتجاه المعاكس وهو الصمام التاجي أو القلنسي.

- الصمام الثاني : يعمل على التحكم في تدفق الدم من الأذين الأيمن إلى البطين الأيمن ويمنع عودته أيضا وهو الصمام ثلاثي الشرف .

- الصمام الثالث : والذي يسمح بمرور الدم من البطين الأيسر إلى الشريان الأورطي أو الأبهر وهو الصمام الأورطي.

- الصمام الرابع: ويتحكم في مرور الدم من البطين الأيمن إلى الشريان الرئوي الذي ينقل الدم إلى الرئتين للتزود بالأكسجين وهو الصمام الرئوي.[3]

إن صمامات القلب هذه تعمل بشكل منتظم حيث مع كل نبضة للقلب ينقبض البطينان (الضغط الإنقباضي)، ويدفعان الدم إلى خارج القلب وينفتح الصمامان الأورطي والرئوي، ثم يسترخي البطينان خلال نبضة القلب أيضا (الضغط الإنبساطي)، عندها ينغلق الصمامان الأورطي والرئوي وينفتح الصمامان ثلاثي الشرف والتاجي، لكي يتدفق الدم من الأوردة إلى القلب وهكذا تبقى هذه الدورة الدم يتدفق بإنتظام داخل أنحاء الجسم.[4]

إن إصابة أي كان من هذه الصمامات بتغيرات مرضية يسبب نوعين من الضرر وهما : التقلص أو التضيق الذي يزيد من سماكة الصمام وإحداث ثخانة في حجمه، ومن ثم تتقلص فتحته ويضيق، وكذلك العجز الذي يؤدي إلى تشوه الصمام ويمنعه من الإنغلاق الكامل.[5] إن الخلل الذي يصيب أحد الصمامات يحدث عادة عندما يوجد ضيق أو عجز يمنع من تدفق كمية كافية للدم مما يتطلب من عضلة القلب أن تضخ الكمية المتبقية من الدم، وعند إصابة الصمام بالعجز تعود نسبة من الدم إلى القلب مما يتطلب أيضا

---

(1) مصطفى القمش، خليل معايطة، سحر مخامرة، المرجع السابق، ص-ص 145-146.

(2) نفس المرجع، ص 146 .

(3) طوني سميث وآخرون، المرجع السابق،ص 403.

(4) نفس المرجع، ص 403.

(5) نفس المرجع، ص 403.

من القلب إخراجه مرة أخرى، وهذه العملية المتكررة تضاعف من عمل القلب وتؤدي في النهاية إلى تقصيره.[1]

وعلى غرار هذه الأضرار التي تصيب صمامات القلب توجد إعتلالات أخرى تتمثل في سببين شائعين وهما حمى الروماتيزم أو الرثوية، وإلتهاب الشغاف الجرثومي، وذلك نظرا لإرتباطهما الوثيق بأمراض صمامات القلب.[2] ومع حدوث الخلل في وظيفة صمامات القلب تبرز مباشرة تغيرات على مستوى القلب، منها التضخم وإضطرابات في الدورة الدموية خاصة مع زيادة المجهودات، وتكون العلامات الأولية عادة في إرتعاش القدمين وصعوبة التنفس والتعب عند القيام بالحركة أو الصعود في المرتفعات أو السلم وكل ما يزيد من سرعة ضربات القلب.[3]

1-4- إعتلالات القلب بسبب سوء التغذية :

إن الضرر بعضلة القلب يمكن أن يلحق بها كغيرها من عضلات الجسم الأخرى، ولعل النقص في أحد العناصر الغذائية المهمة يمثل سببا رئيسيا للإصابة بهذه الإعتلالات، كما هو الحال بالنسبة لنقص الفيتامينات وبخاصة الفيتامين ب1، أو نقص في نسبة البوتاسيوم، أو نقص في نسبة الأملاح المعدنية، أو بسبب التسمم ...الخ.[4]

إن إعتلال عضلة القلب الناتج عن سوء التغذية ينتشر وبشدة في المجتمعات الغربية، نظرا للإستهلاك الكبير للمشروبات الكحولية، حيث يرى الإختصاصيون بأن التأثيرات السمية للكحول أو نقص الفيتامين ب$_1$ أو نقص البوتاسيوم تتركز غالبا في هذا النوع من المشروبات، وهذا لا ينفي حدوث إعتلالات عضلة القلب بسبب سوء التغذية عند غير المدمنين على الكحول فكل غذاء ناقص من الفيتامين ب$_1$ أو البوتاسيوم في كميات الدم التي يحتاجها القلب وجسم الإنسان، يؤدي إلى هذا الإعتلال إضافة إلى أنه يمكن إصابة الأشخاص الذين يعانون من إسهال مستمر ومتكرر أو يعالجون لمدة طويلة.[5]

أما بالنسبة لأعراض إعتلالات القلب بسبب سوء التغذية فإنها تختلف بشكل كبير، فقد تظهر في صورة إسراع خفقان القلب، أو في إنتفاخ اليدين والرجلين وحتى بظهور تقصير في عضلة القلب.[6]

1-5- بطء أو إسراع القلب:

إن نبضات القلب تخضع لناظمة طبيعية تتكون من مجموعة من الخلايا ذات خصوصية، توجد في جدار الأذين الأيمن، أي في المكان العلوي من الجهة اليمنى للقلب، وهذه الناظمة ترسل دفعات كهربائية عبر الأذنين تصل إلى البطينين مما ينتج عنها ما يسمى بنبضات القلب، وعليه إذا ظهر بطء أو إختلال شديد

(1) هاني عرموش، المرجع السابق، ص 476.
(2) نفس المرجع، ص.ص 477-478 .
(3) مصطفى القمش، خليل معايطة، سحر مخامرة، المرجع السابق، ص 140.
(4) طوني سميث وآخرون، المرجع السابق، ص 410.
(5) نفس المرجع، ص 410 .
(6) نفس المرجع، ص 410 .

في نبضات القلب فإنه يحدث إحصار على درجات من حيث الخطورة.[1] وقد يصل تدني معدل نبضات القلب إلى أقل من 50 نبضة في الدقيقة[2] .أما إذا زادت نبضات القلب وتسارعت فجأة نحو معدل 160 نبضة أو أكثر في الدقيقة ولمدة طويلة إلى درجة إحداث القلق لدى الشخص المصاب، فهذه الحالة هي إسراع القلب في خفقاته وليس فيها خطورة عادة.[3]

2-أمراض القلب من المنظور الإبدميولوجي:

تعتبر أمراض القلب من أخطر الإعتلالات التي تصيب الأشخاص في المجتمعات حاليا، بعد إعتلالات ضغط الدم وداء السكري، ولعل ما يسمح من أعداد معتبرة من الأشخاص الذين أصابتهم نوبة قلبية وبالسكتة التي تكون مميتة في أغلب الأحوال خير دليل على خطورة المسألة، و حيث يصاب بهذا النوع من أمراض القلب نسبة تقدر بحوالي 10%، ناهيك عن الحالات المرضية الأخرى كالإخفاق أو تقصير في نشاط القلب و كل المضاعفات التي تشكل خطورة على حياة الإنسان، بالإضافة إلى أن إعتلالات القلب تمثل سببا رئيسيا من أسباب البقاء الإلزامي في الفراش، مما يزيد من تعقد هذه المشكلة الصحية، و ليس على مستوى الفرد المصاب بهذا الداء فقط و إنما على مستوى ميزانية الصحة العامة و المجتمع ككل.[4] فلقد أقرت منظمة الصحة العالمية في العديد من المرات بأن أمراض القلب مكلفة جدا من حيث السنوات المفقودة و الميزانية المخصصة لأبحاثها بعد مرض السرطان .

إن الإصابة بأمراض القلب يمكن أن يتعرض لها كل الأفراد في كل المجتمعات الإنسانية غير أن مستوياتها تختلف بين الفئات و الطبقات الإجتماعية، وحسب الظروف المجتمعية السائدة، فمثلا الوفيات التي ترجع إلى الإصابة بأمراض القلب في المجتمع الفرنسي تقدر بـ200.000 حالة وفاة سنويا، وتمثل نسبة 32% من معدلات الوفيات العامة في المجتمع.[5] ولتوضيح هذه المسألة أكثر أي مدى إنتشار الإصابة والوفاة بالأمراض القلبية على مستوى مختلف المجتمعات والأقاليم العالمية، يمكن الإعتماد على تقديرات منظمة الصحة العالمية وبشكل محدد في سنة 1999، وهذا في إطار نشرها للتقرير المتعلق بالصحة لعام 2000، الأمر الذي يظهر من خلال الجدولين الآتيين :

---

(1) هاني عرموش، المرجع السابق، ص-ص 473-474 .

(2) إميل خليل بيدس، المرجع السابق، ص 281.

(3) نفس المرجع، ص، 281.

(4) طوني سميث وآخرون، المرجع السابق،ص389 .

(5) Jacqueline Gassier , Catherine Morel - Haziza ,Sciences Médico – Sociales ,Masson Paris,1998, P68 .

جدول رقم (04): يبين عبء مرض القلب مع معدل سنوات العمر المصححة بإحتساب مـــدة التعـــوق حسب الجنس لتقديرات سنة 1999 .

الجنس / المرض	ذكـــــور		إنـــــاث		المجمـــــوع	
	العدد	النسبة%	العدد	النسبة%	العدد	النسبة%
الأمراض القلبية الوعائية	81848	10.9	75337	11.0	157185	10.9
المرض القلبي الروماتيزمي	3311	0.4	4444	0.6	7755	0.5
المرض القلبي الإقفاري	32792	4.3	26189	3.8	58981	4.1
الأمراض المخية الوعائية	24738	3.3	25118	3.7	49856	3.5
المرض القلبي الإلتهابي	4915	0.7	3979	0.6	8894	0.6

المصدر: منظمة الصحة العالمية، التقرير الخاص بالصحة في العالم 2000، تحسين أداء النظم الصحية، منظمة الصحة العالمية، جنيف، 2000، ص- ص 190-191.

جدول (05): يبين عبء أمراض القلب بالآلاف حسب أقاليم منظمة الصحة العالمية وحسب مراتب الوفيات، تقديرات 1999.

أقاليم المنظمة	الإقليم الإفريقي		إقليم الأمريكيتين			إقليم شرق المتوسط		الإقليم الأوروبي			إقليم جنوب شرق آسيا		إقليم غرب المحيط الهادي	
	مرتبة الوفاة		مرتبة الوفاة			مرتبة الوفاة		مرتبة الوفاة			مرتبة الوفاة		مرتبة الوفاة	
نوع المرض	عالية أطفال / بالغين	عالية أطفال / عالية جدا	منخفضة جدا أطفال و بالغين	منخفضة أطفال و بالغين	عالية أطفال و بالغين	منخفضة أطفال و بالغين	عالية أطفال و بالغين	منخفضة جدا أطفال و بالغين	منخفضة أطفال/ عالية بالغين	منخفضة أطفال و بالغين	عالية أطفال و بالغين	منخفضة أطفال و بالغين	منخفضة جدا أطفال و بالغين	منخفضة أطفال و بالغين
الأمراض القلبية الوعائية	7531	6198	7273	7891	1001	4367	10399	10254	15010	8726	42692	4815	2584	30243
المرض القلبي الروماتيزي	481	523	54	116	33	251	687	80	244	299	2730	362	21	1874
مرض القلب الإقفاري	1632	1737	3298	2915	381	1484	3588	4757	7113	2986	20133	1732	721	6505
الأمراض المخية الوعائية	1712	1974	1410	2208	243	1041	2277	2857	5584	2727	8639	2041	1160	15982
المرض القلبي الإلتهابي	423	401	382	291	47	381	932	283	470	557	3314	299	81	1034

المصدر : منظمة الصحة العالمية، التقرير الخاص بالصحة في العالم، 2000، تحسين أداء النظم الصحية، منظمة الصحة العالمية جنيف، 2000،ص-ص 190-191.

وإنطلاقا من المعطيات المقدرة من طرف منظمة الصحة العالمية حول مرض القلب بمعدل السنوات المصححة بإحتساب مدة التعوق، يظهر جليا أن أعلى المعدلات و الحالات المسجلة هي للإصابة بالأمراض

القلبية الوعائية و التي قدرت بـــ157185 حالة لكلا الجنسين، أي ما يعادل 10.9%، موزعة لدى الذكور بـــ81848 حالة و بنسبة 10.9% مقابل لدى الإناث بـــ75337 حالة بنسبة 11.0%.

والواقع أن هذه الأمراض القلبية الوعائية بغض النظر عن أنواعها تعد الأكثر شيوعا في المجتمعـــات مقارنة بالأمراض القلبية الأخرى، بإعتبارها شديدة التأثر بجميع عوامل الخطر و المسببات المتعددة التي تؤدي إلى الإصابة والوفاة بها كفرط التوتر، إرتفاع الكلسترول ...إلخ.[1]

أما بالنسبة للتقديرات المتعلقة بعبء المرض حسب أقاليم منظمة الصحة العالمية، فيلاحظ أن نـــوع الأمراض القلبية الوعائية تسجل تقديرات معتبرة في كل الأقاليم، ففي الإقليم الإفريقي تصل إلى 7531 حالة لمرتبة الوفاة عالية أطفال وبالغين، و 6198 حالة لمرتبة الوفاة عالية أطفال وعالية جدا بالغين، أما تقديرات الإقليم الأمريكي فسجلت أعلى رقم قدر بـــ7891 حالة لمرتبة الوفاة منخفضة أطفال وبالغين، يليها رقـــم مقدر بـــ7273لمرتبة الوفاة منخفضة جدا أطفال بالغين، وأخيرا رقم مقدر بـــ1001 حالة لمرتبة الوفاة عالية أطفال وبالغين، في حين سجلت تقديرات إقليم شرق المتوسط أعلى رقم مقدر بـــ10399 حالة لمرتبة الوفاة عالية أطفال وبالغين، مقابل أدنى رقم مقدر بـــ4367 حالة لمرتبة الوفاة منخفضة أطفال وبالغين، كما نجد تقديرات الإقليم الأوروبي وصلت إلى 15010 حالة لمرتبة الوفاة منخفضة أطفال عالية بالغين، تليها10254 حالة لمرتبة الوفاة منخفضة جدا أطفال وبالغين، وأخيرا 8726 حالة لمرتبة الوفاة منخفضة أطفال وبـــالغين، ولعل إقليم جنوب شرق آسيا هو الآخر سجل أعلى رقم مقدر بـــ42692 حالة لمرتبة الوفاة عالية أطفـــال وبالغين، مقابل أصغر رقم قدر بـــ4815 حالة لمرتبة الوفاة منخفضة أطفال وبالغين، وأخيرا تظهر تقديرات إقليم غرب المحيط الهادي بأعلى رقم مقدر بـــ30243 حالة لمرتبة الوفاة منخفضة أطفـــال وبـــالغين، مقابل أصغر رقم مقدر بـــ 2584 حالة لمرتبة الوفاة منخفضة جدا أطفال وبالغين.

إن المعطيات والظروف المعيشية التي تبنتها بعض المجتمعات الإفريقية والنامية لمـــا هـــو ســـائد في مجتمعات أوروبا وأمريكا زاد من تعقد مشكلة إنتشار الأمراض القلبية، حيث إرتفعت معدلات إســـتهلاك المواد الغذائية الغنية بالبروتينات الحيوانية والدهون، إلى جانب قلة الحركة وكل ما يؤدي إلى الإصابة بالبدانة والأمراض القلبية، كما أن المجتمعات الأوروبية نفسها شهدت التذبذب في معدلات الغذاء قبل وفي أثنـــاء وبعد الحرب العالمية الثانية، وهذا التذبذب إرتبط مع معدلات الزيادة والنقصان بالنسبة للتعرض للإصـــابة بأمراض القلب.[2] وعلى سبيل المثال بعد الحرب العالمية الثانية مباشرة عرفت بعض المجتمعات الأوروبيـــة إنخفاضا في معدلات هذا الداء، ولكن نتيجة الرفع من نسبة تناول الأغذية ذات السعرات الحرارية بكثـــرة وإزدياد حالات السمنة صاحبة إرتفاع في الإصابات ووصلت إلى أعلى مستوياتها وخاصة خلال ســـنوات السبعينيات، وعلى الرغم من أن التغذية تلعب دورا هاما في الإصابة بالأمراض القلبية غير أنها ليست السبب الوحيد المسؤول عن إرتفاع معدلاتها، وإنما هناك عوامل متعددة ترتبط أيضا بالبيئة والوراثة وغيرها.

---

[1] محمد إياد الشطي، الطب الباطني، ترجمة: أحمد الصباغ وآخرون، دار المعاجم، دمشق، ط1، 1995، ص-ص 41-43 .

[2] يعقوب يوسف الكندري، المرجع السابق، ص 296.

إن إنتشار ظاهرة الأمراض القلبية في المجتمعات الأوروبية خلال هذه الفترة، دفع بأفرادها إلى الرفع من مستوى الوعي الصحي الوقائي والعلاجي، وبخاصة في فهم وإستعاب أهمية الغذاء المناسب والمتوازن والتكثيف من ممارسة الرياضة، مما أدى إلى إنخفاض في معدلات الإصابة والوفاة في العديد من المجتمعات، وهذا على عكس المجتمعات النامية التي بقيت تعاني من الأمراض القلبية ومضاعفاتها.

وبالنظر إلى بعض المجتمعات الخليجية فيلاحظ أيضا إرتفاعا عاما لمعدلات الأمراض القلبية وبالأخص في السنوات الأخيرة، ولعل زيادة السمنة والإرتفاع في معدلات الوزن الناتج عن الأغذية المشبعة بالدهون، جميعها عوامل كانت من وراء هذه المعدلات المرتفعة، الأمر الذي خلق نوع من الإحساس بخطورة هذا المرض وجعل الكثير من الأشخاص يواجهون المشكلة بإتباع برامج تغذية متوازنة، وممارسة بعض أنواع من الرياضة ومحاولة نشر مبادئ الثقافة الصحية عامة.[1]

إن هذه المعطيات تؤكد أن الزيادة أو النقصان في معدلات الأمراض القلبية وفي جميع المجتمعات، يرتبط بشكل كبير بالتغيرات التي حصلت للأنماط المعيشية وأنماط الإستهلاك والوفرة وسهولة الإقتناء للمواد الدسمة هذا من جهة، ومن جهة أخرى بدرجة الوعي الصحي الوقائي والمستويات التعليمية والثقافية في مجال الصحة عامة ومخاطر هذا النوع من الأمراض بوجه الخصوص،وفي هذا السياق تظهر إحصائيات منظمة الصحة العالمية أن المصابين والمتوفين بأمراض القلب في إزدياد مستمر، الأمر الذي يتضح من عدد حالات والمعدلات المسجلة عموما ولكلا الجنسين من ذكور وإناث، وهذا إستنادا إلى تقرير المنظمة الخاص بالصحة لسنة 2000 في العالم.

الجدول رقم (06) : يوضح الوفيات بأمراض القلب بالآلاف حسب الجنس لتقديرات سنة 1999.

الجنس / المرض	ذكور		إناث		المجموع	
	العدد بالآلاف	النسبة%	العدد بالآلاف	النسبة%	العدد بالآلاف	النسبة%
الأمراض القلبية الوعائية	8059	27.6	8911	33.2	16970	30.3
المرض القلبي الروماتيزمي	154	0.5	222	0.8	376	0.7
المرض القلبي الإقفاري	3556	12.2	3533	13.2	7089	12.7
الأمراض المخية الوعائية	2530	8.7	3014	11.2	5544	9.9
المرض القلبي الإلتهابي	238	0.8	216	0.8	454	0.8

المصدر :منظمة الصحة العالمية، التقرير الخاص بالصحة في العالم2000، تحسين أداء النظم الصحية، منظمة الصحة العالمية، جنيف، 2000، ص 198.

[1] نفس المرجع، ص-ص 297-298.

جدول رقم (07): يبين الوفيات بالأمراض القلبية الوعائية حسب مراتبها في أقاليم منظمة الصحة العالمية لتقديرات 1999.

الأقاليم			عدد السكان بالآلاف	عدد الوفيات بالآلاف
الإقليم الإفريقي	مرتبة الوفاة	عالية أطفال/ بالغين	286350	447
		عالية أطفال عالية جدا/ بالغين	330085	488
إقليم الأمريكيتين	مرتبة الوفاة	منخفضة جدا أطفال / بالغين	318235	1086
		منخفضة أطفال /بالغين	424932	760
		عالية أطفال /بالغين	69898	92
إقليم الشرق الأوسط	مرتبة الوفاة	منخفضة أطفال/ بالغين	136798	462
		عالية أطفال /بالغين	348468	907
الإقليم الأوروبي	مرتبة الوفاة	منخفضة جدا أطفال / بالغين	410233	1802
		منخفضة أطفال/ بالغين	215276	981
		منخفضة أطفال/ عالية بالغين	246336	1841
إقليم جنوب شرق آسيا	مرتبة الوفاة	منخفضة أطفال/ بالغين	288750	428
		عالية أطفال/بالغين	1219492	3752
إقليم غرب المحيط الهادي	مرتبة الوفاة	منخفضة جدا أطفال/ منخفضة جدا بالغين	152882	392
		منخفضة أطفال بالغين	1513894	3527

المصدر :منظمة الصحة العالمية، التقرير الخاص بالصحة في العالم 2000، تحسين أداء النظم الصحية، منظمة الصحة العالمية،جنيف، 2000، ص-ص 198-199.

بناءا على هذه المعطيات التي جاءت في التقرير الخاص بالصحة في العالم لسنة 2000، يلاحظ أن حالات الوفاة في العالم والمسجلة سنة 1999، قد قدرت بـ1670.000 حالة وفاة، أي ما يعادل نسبة 30.3% من نوع الأمراض القلبية الوعائية، وحيث تتوزع هذه الأرقام على الجنسين بـ8059.000 حالة وفاة للذكور ما يعادل نسبة 27.6%، مقابل تسجيل 8911.000 حالة وفاة بالنسبة للإناث، أي ما يعادل 33.2 % .

أما بالنسبة لمرض القلب الروماتيزي فقد تم تسجيل 376000 حالة وفاة مقدرة بنسبة 0.5 % للذكور، مقابل 222.000 حالة وفاة للإناث ومقدرة بنسبة 0.8 %، في حين يلاحظ على مرض القلب

الإقفاري أنه سجل 7089000 حالة وفاة وبنسبة 12.7% ، وتتوزع هذه الأرقام بـــ3556000 حالة وفـــاة للذكور أي بنسبة 12.2%، مقابل 3533.000 حالة وفاة للإناث أي بنسبة 13.2% .

وإذا تمت ملاحظة الأمراض المخية الوعائية التي تبدوا نادرة فإنها سجلت هي الأخرى أرقام معتبرة، حيث قدرت بـــ5544.000 حالة وفاة، أي ما يعادل 9.9 % ، موزعة على 253000 حالة وفاة للـــذكور وبنسبة 8.7%، مقابل 3014000 حالة وفاة للإناث وبنسبة 11.2%، وفي النهاية نجـــد أن المـــرض القلـــبي الإلتهابي قد سجل 454000 حالة وفاة ما يعادل نسبة 0.8 %، وتتوزع هذه الأرقام على 238000 حالـــة وفاة للذكور، و216000 حالة وفاة للإناث ونسبة متساوية قدرت بـــ0.8% لكلا الجنسين.

وعلى هذا الأساس يظهر التباين جليا في الحالات والمعدلات المسجلة للوفيات بأمراض القلب بـــين الجنسين، فالجنس الأنثوي على العموم بدى هو الغالب من حيث حالات الوفاة مقارنة بالجنس الذكوري، ولعل السبب في ذلك يرجع بصورة مباشرة إلى تأثر جنس الإناث أكثـــر بـــالظروف الحياتيـــة الصـــعبة الفيزيولوجية، السيكولوجية، والإجتماعية، وقد تلعب عوامل خطر أخرى مثل إرتفاع الضغط الـــدموي، سوء التغذية، قلة الحركة، السمنة، سن اليأس، دورا بارزا في إلحاق الإصابة بهذا الداء لدى هـــذا النـــوع الإجتماعي بالضبط.[1]

أما بالنسبة لحالات الوفيات المسجلة للأمراض القلبية الوعائية حسب مراتبها في أقاليم منظمة الصحة العالمية، فيلاحظ أيضا تسجيل أرقام معتبرة فعلى سبيل المثال في الإقليم الإفريقي وفي بعض مراتب الوفـــاة كما هو الحال لتسجيل 488000 حالة لمرتبة الوفاة عالية أطفال عالية جدا/بالغين، وهذا على غرار إقلـــيم الأمريكيتين الذي سجل 92000 حالة لمرتبة الوفاة عالية أطفال/بالغين .

ولعل نفس الأسباب المذكورة آنفا يمكن أن تبرر هذه التقديرات، فالعامل البيئي والثقافي، إلى جانب عامل الوراثة هي محاور ثلاثة أساسية في تحديد مسببات الإصابة والوفاة بالأمراض القلبية الوعائية. [2]

إن من أكثر الإعتلالات القلبية إنتشارا في هذه السنوات الأخيرة، هي أمراض شرايين القلب التي تمثل الإعتلال البارز ضمن الأمراض القلبية الوعائية، لذلك فقد سجلت لهذه الأخيرة من طرف منظمة الصـــحة العالمية في تقريرها سنة 2000 نسبة عالية قدرت بـــ29.7 %، مقارنة بأمراض القلب الأخرى التي لم تتجاوز نسبة 12 %.[3] ونظرا لخطورة ما تخلفه إعتلالات شرايين القلب من وفيات في المجتمعات حاليا، فقد كون الطب صورة واضحة وبدرجة كافية لمختلف العوامل المرتبطة بها، التي من أهمها : البدانة المفرطـــة، قلـــة

---

(1) R-Jemaa et autres, Epidémiologie et facteurs de risques associer de l' infarctus du myocarde dans les rigiom nord-est et nord ouest de la Tunisie, la société tunisienne de cardiologie et de chirurgie cardiovasculaire ,Op.cit, P 219.

(2) طوني سميث وآخرون، المرجع السابق، ص 379.

(3) Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Direction de la prévention, Rapport du séminaire Atelier d'élaboration du programme national de lutte intégrée contre les maladies non transmissibles, Op.cit, p 46.

ممارسة الرياضة، تناول الأغذية المشبعة بالدهون، زيادة الكلسترول، التدخين وكل ما يلحق الضرر بشرايين القلب.[1]

وللإشارة فإن التغيرات الشريانية ترتبط في الغالب بزيادة الضغط الشرياني مما يؤدي إما إلى تفجير أو إنسداد أو إنقطاع مرور الدم وإما إلى إنقطاع التغذية في أي عضو من أعضاء الجسم، لذلك يمكن القول، أن أغلب الأمراض التي تصيب الفرد خاصة بعد سن 50 سنة، تعود أسبابها إلى أمراض الشرايين أو القلب أو إرتفاع الضغط الدموي، وعلى الرغم من هذه الحالات المرضية فإنه لا يمكن نفي وجود حقيقة أخرى مفادها أن الفرد قد يعيش عمرا طويلا إذا ما قام بتنظيم نمط عيشه وإبتعد عن كل ما يضر بصحته، بإعتبار الشفاء من هذا الإعتلال ليس من الميسور، ولكن تنظيم الفرد لنمط المعيشة قد يحسن من الحالة الصحية له، وهذا أيضا بإعتبار الكثير من المصابين بأمراض القلب والشرايين والضغط الدموي يموتون في عمر قصير وفي سن الثلاثين والأربعين في عهد سابق، أي لم تكن وسائل معالجة القلب وإعتلالات الدورة الدموية متطورة وحسنة كما هي عليه الآن، بالإضافة إلى أن إهتمام الأفراد والعناية بصحتهم كان قليل على عكس ما هو متوفر من معلومات جديدة للإرشاد إلى الطريق الصحي القويم، الذي ينبغي إتباعه للمحافظة على صحة وإطالة أعمارهم، فالعديد من الأفراد من يبلغ 70 سنة وما فوقها ويموت في هذا السن بمرض القلب، غير أن عمره قد يمتد كما كان مقدر له من أمثاله من مرضى القلب قبل 50 سنة، حينما كان علاج أمراض القلب مقتصرا على الأدوية وكانت المعلومات الطبية وقواعد التغذية والإنفعالات النفسية والإبتعاد عن الإجهاد، ذات أهمية ثانوية وبسيطة، والحقيقة تثبت أن العناية بالشؤون الصحية بكل فروعها وبالطب الوقائي والعلاجي، قد تحسنت وأثرت في منع الكثير من الأمراض والتخفيف من حدتها، وحتى تحقيق الشفاء منها أحيانا، لذلك طال متوسط أمد الحياة لدى الأفراد في المجتمعات.[2]

إن مشكلة الإعتلالات القلبية لا تقتصر عند إزدياد معدلاتها، بل تتعدى ذلك إلى مدى قدرة المجتمعات على التكفل بالمصابين بهذه الأمراض، وما تتطلبه من إشراف طبي مؤهل ومتخصص، بالإضافة إلى المساعدات والمعاونات الأخرى الإجتماعية والنفسية التي تحتاجها بعض حالات المرضى لأجل تحقيق التكيف المجتمعي، ولعل الأمر يختلف بين المجتمعات، فالمتقدمة منها عادة توفر أحسن الخدمات الصحية لمرضى القلب، سواء كانت خدمات علاجية أو وقائية ، ومحاولة الرفع من مستوى الوعي الصحي عامة، في حين في كثير من المجتمعات النامية يلاحظ عدم كفاءة الخدمات الصحية، وحتى وإن وجدت فالعدالة في توزيعها تعد ناقصة، مما يؤدي إلى عرقلة الوعي الصحي الوقائي والعلاجي، إلى جانب زيادة مضاعفات المرض والمعاناة منه كثيرا، وكذا تراكم الأعباء الصحية على المريض نفسه الأسرة والمجتمع، بإعتبار هذا النوع من الأمراض يمثل الأسس الصحية والمؤشرات الصحية للعمر المتوقع المقبول في المجتمعات بوجه عام .

---

[1] طوني سميث وآخرون، المرجع السابق، ص 379.

[2] مصطفى القمش، خليل معايطة، سحر مخامرة، المرجع السابق، ص 149.

خلاصة:

في ضوء ما تم إستعراضه في الفصل السابق الذي تناول التغير الإجتماعي ومراحل الإنتقال الوبائي نحو الأمراض العصرية المزمنة، يمكن القول أنه وعلى الرغم من التصور والتقدير والتثمين الكبير الذي يكتسيه كل من الصحة والمرض المزمن، كظاهرتين طبيتين من المنظور الطبي الذي يميز جانبا مهما في معالجة الوضع الصحي في المجتمعات تاريخيا ومنذ القدم، يبقى الصحة والمرض المزمن أيضا ظاهرتين إجتماعيتين يخضعان لحتميات تاريخية وأبعاد وسياقات إجتماعية، ثقافية، وإقتصادية ومعيارية مرتبطة إرتباطا وثيقا بالتغير والإنتقال الإجتماعيين، اللذين يمثلان أيضا ظواهر إجتماعية جعلها علم الإجتماع وفروعه كعلم الإجتماع الطبي وعلوم إجتماعية أخرى ضمن الإهتمامات الجادة والأولى، وهذا ما يمثل دليلا له قسط من الإعتبار والأهمية لتفسير –إن صح القول- جدلية الصحة والمرض- تغير إجتماعي، مع الإعتقاد أن ظاهرتي الصحة والمرض يمكن إخضاعهما لحتميات سوسيو- تاريخية، تتجاوز الإعتقاد الكلاسيكي القديم القائل بدراسة الصحة والمرض بمعزل عن الواقع الإجتماعي للأفراد والجماعات، ومن خلال الموقف الإبستمولوجي الذي تم على أساسه تحليل بعض مظاهر التغير الإجتماعي وبشكل محدد مظهره العام المتمثل في التغير في نمط الحياة، وعلاقة ذلك بالإنتقال المرضي إلى مرحلة إنتشار الأمراض العصرية المزمنة، إتضح أن التطور الإقتصادي والإجتماعي والحضري وكل عمليات التحديث المرافقة للتغير الإجتماعي، قد أدت إلى إفراز نمط حياة جديد من أبرز سماته الميل إلى حياة الخمول وذات النشاط البدني المحدود، الإقبال على تبني أسلوب العيش المنتشر في المجتمعات الغربية المتقدمة، والمعروف عنها بتوجهها نحو نمط غذائي عصري خاضع لهيمنة إستهلاك المواد الغذائية الدهنية الحيوانية، وتزايد السكان الذي يؤدي إلى الإكتظاظ في المراكز الحضرية وما ينتج عن ذلك من مظاهر كالفقر، والبطالة وتدني المكانات الإقتصادية والإجتماعية للأفراد، الأمر الذي يدفع بهم لبذل مزيد من الجهود لتحقيق مكانات أفضل، وهذا ما يفرض ضغوطات نفسية وإجتماعية تؤثر بشكل أو بآخر على صحة الأفراد، وبالتالي فهذين الوضعين الإجتماعي والصحي يحملان أبرز عوامل الإختطار التي تؤدي إلى إنتشار الإصابة بالأمراض العصرية المزمنة.ومن ناحية أخرى تم إدراك أن التغير والإنتقال الوبائي والمرضي من الأمراض المعدية سابقا إلى الأمراض المزمنة حاضرا لم يحدث بصورة فجائية، بل خضع إلى مراحل زمنية تزامنت مع التطور التاريخي للأوضاع الصحية والإجتماعية الحاصلة في المجتمعات، والتي إنتقلت من وضع صحي سادت فيه الأمراض المعدية، وكانت تحتل المراتب الأولى كأسباب للوفاة نتيجة الظروف المعيشة السيئة (الفقر، الجهل، الحرمان....) إلى وضع صحي جديد بات يعرف بإنتشار الأمراض العصرية المزمنة كالضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب، والتي إنتزعت المراتب الأولى في مسببات الوفاة في المجتمعات المعاصرة وتحدث بسبب نمط الحياة الجديد السالف الذكر.

وعليه أصبح من الضروري لفهم هذه العملية الإنتقالية التي حدثت للأمراض ومسببات الوفاة، التركيز على العوامل المرتبطة بالسياق الإجتماعي، والتي تساعد على إحداث هذا الإنتقال النوعي للأمراض خاصة مع وجود الصلة الوثيقة بين حالات الوفاة الناجمة عن كل نوع من هذه الأمراض.

الفصل الثـــــــالث :

عوامل وإنعكاسات إنتشار الأمراض المزمنة في المجتمعات

كالضغط الدموي والسكري والقلب

- **تمهيد**

المبحث الأول :أهم عوامل إنتشار الأمراض المزمنـــة في المجتمعـــات.

المطلب الأول: الـــوراثة ودورهـــا في الإصابـــة بالأمـــراض المزمنـــــة .

المطلب الثاني: التحضـــر والعصـــرنة وإنتشـــــار الأمـــــراض المزمنـــة .

المطلب الثالث: التغير في نمط التغذية وتأثيره على إنتشار الأمراض المزمنـــة.

المطلب الرابع: السمنـــة وعـــلاقتهـــا بإنتشـــار الأمـــراض المـــزمنـــــة .

المطلب الخامس:أثر تدني مستوى الوعي الصحي على إنتشار الأمراض المزمنة.

المطلب السادس: المستـــوى المعيـــشي ودوره في إنتشـــار الأمراض المزمنـــة .

المطلب السابع: الضغوطات الإجتماعية والنفسية وتأثيراتها في الأمراض المزمنة.

المطلب الثامن : عوامـــل أخرى متفرقة ومتسببة في الإصابة بالأمراض المزمنة .

المبحث الثاني :إنعكاسات الأمراض المزمنة على الفرد والأسرة والمجتمع.

المطلب الأول : إنعكاســـات المـــرض المزمـــن على حيـــاة الفـــرد المريض.

المطلب الثاني : مـــدى تأثـــــر الأســـــرة بالمـــــرض المـــزمـــــن .

المطلب الثالث : أعبـــــاء المـــــرض المـــزمـــــن عـــلى المجتمـــــع .

المطلب الرابع : إستراتيجية منظمة الصحة العالمية لمكافحة الأمراض المزمنة في المجتمعات .

- **خلاصة**

تمهيد :

لقد تسببت حركة الإنتقال للمجتمعات من الوضع التقليدي إلى الوضع الحديث والمتطور، وبصورة سريعة في إحداث المزيد من التغيرات التي يصعب التنبؤ بها، غير أن تزايد الإصابات بأمراض لم تكن مألوفة من قبل وهي الأمراض المزمنة كالضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب، يظهر بشكل ملموس في هذا العصر الذي بات يتسم بمجموعة من الظواهر الضاغطة المنتشرة في أوساط المجتمعات حاليا، والتي أثارت القلق والتوتر لدى الفرد، و لم يقتصر هذا على ذات الفرد بل إمتد إلى محيطه الخارجي، حيث إضطرب نمط العيش لديه ولكل الوسط الذي يحيط به ويتعامل معه، فظهرت ممارسات وسلوكيات باتت تضر بصحته بشكل مباشر أو غير مباشر، وتعرض أيضا صحته للإصابة بهذه النوعية من الأمراض .

وقد إستوجب هذا الموقف ضرورة معرفة العوامل التي تقف وراء إنتشار هذه الأمراض الحديثة الظهور وحتى الآثار الناجمة عنها بإعتبارها أمراض تصنف ضمن المسببات الأولى للوفاة حاليا .

ولعل المسؤولية المباشرة عن هذه النقلة النوعية في إنتشار هذه الأمراض تعود بالدرجة الأولى إلى توجه المجتمعات نحو العالمية، وتبني الإتجاه القائم على التصنيع كأساس وقاعدة إقتصادية عامة بما يحمله من إيجابيات وسلبيات، ومن أبرز نتائج هذا التوجه هو دخول وإنظمام المجتمعات المتقدمة في نشاطات الإقتصاد العالمي ومن ثم تبعتها المجتمعات النامية والمتخلفة، فهذه الأخيرة قد تبنت وضعا إقتصاديا إرتبط أساسا بالوضع السائد في أوروبا وأمريكا، وذلك من خلال الإستهلاك المباشر للمواد والسلع الموجهة للطبقات الوسطى في تلك المجتمعات المتقدمة، الأمر الذي زاد من إتساع الهوة بين الطبقات المكونة للمجتمع، وظهور مشكلات عديدة كالفقر وتدني المستوى المعيشي للسكان وإنتشار الأمية التي تعيق عادة نشر الوعي الصحي بين الأفراد، هذا من ناحية ومن ناحية أخرى قد زاد هذا الوضع المعيشي المتذبذب تأثيرا في الوضع الصحي الجديد الذي أصبح يعرف إنتشارا واسعا للأمراض المزمنة كالضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب، فهذه النوعية من الأمراض العصرية تتأثر بدورها بعوامل الخطر المختلفة، وبطرق العيش الحديثة كالعادات الغذائية الدخيلة والسيئة، السمنة، الضغوطات النفسية والإجتماعية وكل ما يرتبط بعوامل التغير الإجتماعي والثقافي والتحديث .

ونظرا للمضاعفات الخطيرة التي تخلفها هذه الأمراض على الفرد، الأسرة والمجتمع فقد سعت منظمة الصحة العالمية إلى وضع إستراتيجيات هامة لمكافحتها وعلى الأقل التقليل من إنتشارها في أوساط المجتمعات بشكل واسع .

المبحث الأول :أهم عوامل إنتشار الأمراض المزمنة في المجتمعات.

التغيرات الإجتماعية الإقتصادية والثقافية التي تحدث للمجتمعات تعتبر من أهم العوامل -إلى جانب عامل الوراثة- التي يمكن من خلالها قراءة نسق الصحة عامة، وإنتشار الأمراض المزمنة العصرية بوجه الخصوص (ضغط الدم، داء السكري وأمراض القلب)، وبدون مبالغة في القول فإن هذه العوامل السوسيو-إقتصادية والثقافية، بمثابة مؤشر بارز في إدراك الخصائص الديناميكية أو الحركية لأية تشكيلة إجتماعية خلال مرحلة تارخية معطاة، فبالنسبة إلى هذه العوامل والمظاهر التي صاحبتها من تحضر، وتغير في أنماط التغذية، السمنة، وضروب من السلوكات والممارسات غير السليمة وغير الصحية، جميع ذلك يتقاطع بالضرورة مع كامل الواقع الصحي بما في ذلك واقع الأمراض المزمنة والتي ميزت المرحلة التاريخية الحالية للمجتمعات، وفي هذا السياق وعلى الرغم من قلة الدراسات من جهة، ومن جهة أخرى الصعوبات التي تعترض ملاحقة كل هذه العوامل المرتبطة بالتغير الإجتماعي والتحديث في المجتمعات، والتي باتت تعرف بالتأثير في إنتشار الإصابة بنوعية الأمراض المزمنة، إلا أنه يبقى من الضروري الإهتمام والتعرض لبعض نتائج التحقيقات التي أجريت في هذا الشأن حول بعض عوامل الخطر كما هو الحال بالنسبة لعامل التحضر، التغير في نمط التغذية، السمنة وما إلى ذلك من العوامل الأخرى المساهمة في إنتشار هذه الأمراض .

المطلب الأول : الوراثة ودورها في الإصابة بالأمراض المزمنة في المجتمعات.

إن لعوامل الوراثة الأهمية الكبرى التي لا يمكن إغفالها عند تحديد عوامل ومسببات الأمراض المزمنة لأن الفروق الصارخة والكبيرة بين المجتمعات والثقافات، كانت تعزى في الماضي إلى الإختلافات العرقية الوراثية والجينية بين الأفراد، وهذا الأمر ما يزال منتشرا على نطاق واسع إلى يومنا هذا، وبدرجة ذات إرتباط قوي وفعال من جميع النواحي الصحية الإجتماعية والسلوكية ...الخ، فالأفراد يختلفون في الكثير من الخصائص العضوية، البيولوجية والفزيولوجية مثل لون الجلد وشكل الشعر وحجم الرأس، كما أن هناك إختلاف في بعض الخصائص الأخرى التي تعتبر أقل وضوحا كالقابلية والإستعداد للإصابة بالمرض المزمن.[1] وبطبيعة الحال، فالمرض ينتقل عن طريق الوراثة بين الأفراد الأكثر إستعداد له، وعلى الرغم من وجود خصائص وراثية لدى أجناس معينة، إلا أن تكرار بعض الجينات تختلف من مجموعة سكانية إلى أخرى، حيث يلاحظ أن تباعد السكان يؤدي حتما إلى تميزهم عن غيرهم، فعلى سبيل المثال يتميز السكان الذين يقيمون في أطراف المجتمعات في الغالب بالصفات المتوسطة، لذلك فالفروق الوراثية موجودة لا محال بين الأجناس البشرية، الأمر الذي يظهر في توزع هذه الأجناس إلى أجناس فرعية أو سلالات قد تشغل حيزا أكثر من غيرها، وللبيئة دور في هذا الشأن إذ تتغير التكوينات الوراثية للأجناس حسب طبيعة البيئة التي يعيشون فيها، مما يزيد من قدرة الإنسان وذكائه وتنظيمه الإجتماعي في إطار معالم التقدم الإنساني

[1] إقبال إبراهيم مخلوف، الرعاية الطبية والصحية ورعاية المعوقين، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، السنة غير مذكورة،ص 47.

المختلط، وبالتالي تزداد سيطرة الإنسان أكثر على البيئة.[1] ومن الثابت أيضا فإن العوامل الوراثية تؤثر في صحة الإنسان وتلعب دورا هاما في الأجيال القادمة، إذ تتوارث بعض الصفات المرضية غير الطبيعية من جيل لآخر، وأحيانا لا تظهر هذه الأمراض في الأم والأب مثلا، ولكن يحملها ويتوارثوها الأولاد، وقد يحدث أن تحمل جماعة من الجماعات صفة أو مرض متوارث في بادئ الأمر بسبب عوامل بيئية أو بسبب إختلاطها بجماعة أخرى، غير أن إنتقال الإصابة بالمرض من جيل إلى جيل يمكن أن يصبح مرض وراثي.[2] وفي هذا الشأن يمكن القول أن هذه العوامل الوراثية تعتبر من أهم الخصائص اللصيقة بالأفراد والأجناس المختلفة، فمن خلالها يمكن التمييز بين الخصائص والسمات المرتبطة بالصحة والمرض لكل مجتمع.

وللتفصيل أكثر طبيا وعلميا في عملية إنتقال الأمراض عن طريق عامل الوراثة، يتضح "أنها تنتج عادة عن خلل في عدد الكروموزومات التي تضمها نويات خلايا الجسم، والتي تحتوي على جينات الوراثة، فالمعتاد هو أن تضم كل نواة 46 كروموزومات بالتحديد، ولو حدث أي تغيير في عددها ولو بمقدار كروموزوم واحد فإن هذا يؤدي إلى حدوث خلل في بعض أجهزة الجسم، ولو حدث هذا الخلل مثلا في المخ والأعصاب فإن الشخص يصاب بالعته أو عدم الإتزان، وغالبا ما ينتقل هذا الخلل إلى نسله على حسب قوانين الوراثة المشهورة ".[3]

وكما هو متعارف عليه عامة فإن الكروموزومات عادة يحملها كل من الأم والأب معا، وهي عبارة عن نواة تحمل بداخلها كمية من الأحماض الأمينية يتوارثها الأبناء من الوالدين حيث" ترتبط كل صفة وراثية وكل مرض وراثي بجنينين أحدهما من الأم والثاني من الأب، فإذا كانت الصفة صفة «سائدة» أي قوية مثل لون البشرة وشكل الشعر ولون العينين، وكانت موجودة عند الأب والأم معا فإنها تنتقل بالتأكيد إلى الأبناء، أما إن كانت «متنحية»، أي ضعيفة مثل عاهة التهتهة في الكلام أو الحساسية أو مرض السكري فإن إنتقالها إلى الأبناء لا يكون مؤكدا، ويقل إحتمال إنتقالها إذا كانت موجودة عند واحد فقط من الوالدين، ولكن يكون هناك إحتمال كبير لظهورها في أحد الأجيال التالية ".[4] وهذا بالأخص إذا وجدت في حالة تفاعل مع علل ومسببات أخرى، بإعتبار الحالة الصحية للإنسان ما هي إلا نتاج لتفاعل عوامل وراثية مع عوامل مكتسبة سواء من البيئة الإجتماعية أو من البيئة الطبيعية، الأمر الذي يظهر من خلال موقف بعض الأطباء الذي يرون أن هناك بعض الأمراض التي يكون سببها العوامل الوراثية، كما هو الحال بالنسبة لداء السكري، الضغط الدموي وبعض الأمراض القلبية وبعض أمراض الدم وعدم التجلط، وحتى بعض أنواع من السرطانات والأمراض العقلية وما إلى ذلك من الأمراض الأخرى.[5]

---

[1] نفس المرجع، ص 48.

[2] عبد العزيز طريح شرف، البيئة وصحة الإنسان في الجغرافيا الطبية، مركز الإسكندرية للكتاب، الإسكندرية، 2003، ص 123.

[3] نفس المرجع، ص 123.

[4] نفس المرجع، ص 123.

[5] الوحيشي أحمد بيري، عبد السلام بشير الدويبي، المرجع السابق، ص 80.

ومما لا شك فيه من بين الأمراض الأكثر إنتشارا والأكثر قابلية للتأثر بالعوامل الوراثية هي الأمراض المزمنة كأمراض السكري، الضغط الدموي، وبعض أمراض القلب، فعندما يتم التحدث مثلا عن مرض ضغط الدم وبعض أمراض القلب فإنه لا يمكن إغفال إرتباطهما الكبير بالعوامل الجينية، فهناك من يرى بأن هذه الأخيرة تساهم بنسبة معتبرة في الإصابة بمرض إرتفاع ضغط الدم داخل المجتمع، حيث تقدر هذه النسبة بـ 35%، نظرا للإرتباط الواضح بين ضغط الدم والعناصر الأخرى ذات البعد الجيني والوراثي، كالبنية النفسية والعصبية، وتركيب الشرايين، والقابلية للسمنة، والتوازن الهرموني، فإذا كان أحد الوالدين يعاني من إرتفاع في الضغط الدموي، فإن إحتمال إصابة الإبن به تقدر بنسبة 25% في كل مراحل حياته، أما إذا كان كلا الوالدين معا مصاب ويعاني من هذا المرض، فإن إحتمال الإصابة به ترتفع إلى أن تصل إلى نسبة تقدر بـ60%، ولكن ليس في كل الحالات تنتقل إلى الأبناء.[1] في حين وعندما يتعلق الأمر بأمراض القلب فإن الحيطة تزداد أكثر كما يوصي الدكتور "سليمان عزمي" حيث "تبتدئ عند منع أمراض القلب من الإنتقال إلى الأبناء بعلاج الأم والأب أو كليهما معا خاصة عند علاج مرض الزهري الذي يجعل الطفل عرضة للإصابة به أثناء الحمل.[2] وكما يظهر أيضا في الواقع الطبي أن العديد من المصابين بداء السكري لديهم إستعدادات وراثية لهذا المرض، من خلال الوسط الأسري الذي يعيشون فيه، ومن الشائع جدا في الأوساط الطبية أن البول السكري يعد من أبرز الأمراض الأكثر إستجابة لعامل الوراثة، إذ توضح المصادر الإحصائية قبل إكتشاف الأنسولين، أن ما يتراوح ما بين 50% و 90% من الأطفال الذين أنجبتهم أمهاتهم وهن مصابات بمرض البول السكري، قد نزلوا أمواتا أو توفو مباشرة بعد ولادتهم، غير أن الذين عاشوا فقد يظلون عاديين في جميع مناحي حياتهم مع وجود شك لهذه الوضعية الصحية يدور حول إصابة المولود بعلة أمه في الفترات اللاحقة من حياته.[3]

إن الوراثة في علاقتها بمرض ضغط الدم تتفاوت بين الفئات الإجتماعية من حيث متغيري العمر والجنس، إذا لوحظ أن علاقة هذا المرض بمتغير العمر هي علاقة طردية، أي كلما إرتفع العمر إرتفع معه معدل ضغط الدم للفرد، وفي الغالب يصيب الأفراد الذين بلغو 35 سنة فأكثر، كما أن الرجال هم أكثر تعرضا من النساء، غير أن هذا المتغير ينعكس لحساب جنس الإناث بعد سن الخمسين سنة.[4]

إن الإصابة بأمراض القلب تزداد مع التقدم في العمر وترتبط بعوامل ومتغيرات أخرى كالجنس مثلا إذا لوحظ أن نسبة الذكور هم أكثر عرضة من الإناث، غير أن لهذا النوع الأخير عوامل عديد تؤثر في بنيته الفيزلوجية والسيكولوجية، كإستعامل وسائل منع الحمل وسن الأس وغيرها مما يؤدي للإصابة بهذا

---

[1] يعقوب يوسف الكندري، المرجع السابق، ص-ص 317-318 .

[2] حسين عبد الحميد أحمد رشوان، دور المتغيرات الإجتماعية في الطب والأمراض، دراسة في علم الإجتماع الطبي، المكتب الجامعي الحديث الإسكندرية، ط2، 1988، ص 121.

[3] نفس المرجع ، ص 122.

[4] يعقوب يوسف الكندري، المرجع السابق، ص-ص 321-322.

المرض.[1] وكما يظهر أيضا في الواقع الطبي أن العديد من المصابين بداء السكري لديهم إستعدادات وراثية ضمن الوسط الأسري أين لوحظ وجود مكونات وراثية قوية في مرضى داء السكري، كما هو الحال في الداء السكري غير المعتمد على الأنسولين، وتبلغ نسبة التوافق في الداء السكري المعتمد على الأنسولين بين التوائم المثيلة حوالي 50%، وقد يكون العنصر الوراثي أشد قوة بين مرضى داء السكري غير المعتمد على الأنسولين، إذا تبلغ نسبة التوافق بين التوائم المثيلة 90% تقريبا كما أن خطر إصابة أشقاء المصابين بداء السكري المعتمد على الأنسولين تزداد بين الأسر التي يسجل في تاريخها إصابة أفراد فيها بداء السكري المعتمد على الأنسولين. [2] وبالنظر إلى متغير العمر وعلاقته بأنماط مرض السكري المنتشرة في المجتمعات،فإن النمط الأول هو الذي يصيب عادة فئات السن الصغيرة وفئات المراهقين، أما النمط الثاني والأكثر إنتشار، فيظهر عند الأفراد الذين تجاوزوا سن 40 سنة.[3] وكما هو معلوم،فإن داء السكري ينتشر لدى الإناث أكثر من الذكور، وهذا لأسباب تتعلق أساسا بسيكولوجية المرأة بصفة مباشرة وبضغوط الحياة الإجتماعية، الأسرية والنفسية، وللإشارة فإن الإنسان لا يختار سلالته ولا تركيبه الجيني الوراثي ولا عمره أو جنسه، فهذه عوامل ومتغيرات ذات علاقة إرتباطية بحدوث الأمراض المزمنة تؤثر بشكل متفاوت ومعقد ومتداخل في غالب الأحيان. ومن الجدير بالذكر في هذا المقام، هو أن الدراسات المعاصرة في الطب تؤكد على أن هذه العوامل والمتغيرات السالفة الذكر، ليس الوحيدة أو الرئيسية المسؤولة عن إنتشار الأمراض المزمنة في المجتمعات حاليا، بل وجودها مجتمعة ومتفاعلة مع عوامل خطر أو تحفيز كالعوامل السوسيو-ثقافية والإقتصادية، هو ما يزيد من فرصة الإصابة بها أو يوسع من نطاق القابلية لحدوثها لدى الأفراد والجماعات.

المطلب الثاني : التحضر والعصرنة وإنتشار الأمراض المزمنة .

إن المجتمعات التي تشهد التحضر والعصرنة قد مرت بعدت مراحل إنتقالية، حيث إنتقلت من مجتمعات تقليدية تعتمد في معيشة سكانها أكثر على النشاط الفلاحي، و تعرف إنتشارا لمظاهر الفقر والحرمان والأمراض المعدية إلى مجتمعات أصبحت تتبنى عمليات العصرنة السارية في العالم الجديد المتقدم، والتي أفرزت ضغوطات و تفاعلات يصعب السيطرة عليها و التحكم فيها، و تتعاظم هذه المرحلة الإنتقالية مع ظهور الوضع الصحي الجديد الذي إنعكس في شكل ظاهرة الأمراض العصرية المزمنة التي أصبحت تؤدي بحياة الكثير من السكان إلى الوفاة.

إن عمليات التغير التي أصابت الأوضاع المعيشية الإجتماعية، الثقافية والإقتصادية، تعتبر مجالا واسعا ومفتوحا لتنامي عوامل الخطر التي تساعد على إنتشار الأمراض العصرية المزمنة كما هو الحال بالنسبة لشرايين القلب، داء السرطان، إرتفاع الضغط الدموي وداء السكري، و هذه الأمراض قد إرتبطت إرتباطا

---

[1] نفس المرجع، ص 308 .

[2] أحمد فايز النماس، المرجع السابق، ص 135.

[3] يعقوب يوسف الكندري، المرجع السابق، ص 166.

وثيقا مع تلك المجتمعات التي أصبحت تعاني من إفرازات التغير الإجتماعي والتحديث، والتي تعد من أبـــرز وأهم عوامل الخطر المؤثرة في الوضع الصحي الجديد، وليس من أثارها تلك الأمراض فقط وإنما أيضا مـــن مسببات الوفاة و أمراض القلب و السرطان خير دليل حيث أصبحا سببين رئيسيين لحدوث حالات الوفاة، ولهما تأثير فعال على الوضعية الصحية في الوقت الحاضر مقارنة بالماضي، الذي كانت تنتشر فيه الأمراض المعدية وتمثل أبرز مسببات الوفاة في المجتمعات التقليدية، و عليه فالتغير الإقتصادي والإجتماعي والثقـــافي إستتبعه تغير في أساليب حياة سكان العالم و الذي أدى بدوره إلى التغير في أنماط الأمـــراض.[1] و بـــدون شك فإن هناك جملة من العوامل قد ساهمت في إحداث هذه التغيرات فعلى سبيل المثال فالإنتقال للعيش في الوسط الحضري الذي يتكون من جملة من المؤسسات والتنظيمات الإجتماعية والإقتصادية والأمنية...الخ، الأمر الذي يسمح بدخول الأفراد في علاقات عضوية إرادية و غير إرادية، إذا رغبوا في الإنتقال إلى المحيط الإجتماعي المتمدن والمتحضر للعيش فيه، وكما هو معروف عن هذا المحيط أنه مشحون بالضغوط التي تعود إلى الإنخراط في سوق العمل الرسمي و تقسيم العمل والتبعية للتنظيمات المتعددة في متطلبات العيش و كثرة متطلبات الحياة اليومية –كما يقول "إبن خلدون"- الإنتقال من نمط معيشي مبني على الضروريات إلى نمط معيشي أخر تطغى عليه الكماليات.[2] ومن الواضح أن التغيرات والتحولات وجميـــع مظـــاهر التصـــنيع والتحضر والتحديث والنزوح الريفي والنمو الحضري والتضخم في المدن وللإستقرار الأمني، وكـــل مـــا تشهده المجتمعات من تحضر في الأزمنة الحديثة أصبح أقوي وأعمق من مواجهة و مقاومة صحة الســـكان للضغوط الكثيرة المفروضة عليهم فردا وجماعات، و تكمن خطورة هذه العناصر في إخترقها لنسق الصحة العمومية في المجتمعات المعاصرة، وتفشي في أوساطها الأمراض العصرية المزمنة مثـــل ضـــغط الـــدم، داء السكري وأمراض القلب و غيرها.[3] وهذا يعني أن مقومات صحة الأفراد ومقدرتهم تكون محدودة مقارنة بالمعطيات الإجتماعية المتغيرة بإستمرار نتيجة التطور الهائل والسريع، وتدل بعض الشـــواهد أن التطـــور الحضاري السريع في أغلب الأحوال ما يصاحبه نوع من الفشل في قدرة الأفراد سلوكيا و نفسيا وإجتماعيا على التوافق مع التغيرات المستمرة والتطورات التكنولوجية الجديدة المعقدة.[4]

وفي هذا السياق ظهرت أنماط من السلوك في بعض المجتمعات أفرزها التداخل الثقافي وإندماج بعض المجتمعات النامية والمتخلفة في نمط الحياة السائد في المجتمعات الغربية، الأمر الذي دفع بها إلى تبني نمـــوذج الحياة العصرية التي فرضت عليها ممارسات وسلوكيات إنعكست سلبا على صحة أفرادها، كالتغير الـــذي حدث في نوعية التغذية، تراجع إستخدام الطاقة البشرية والنشاطات البدنية والجسمية، والنتيجة أن هـــذه

---

(1) يعقوب يوسف الكندري، المرجع السابق، ص- ص 111-112 .

(2) محمد بومخلوف وآخرون، واقع الأسرة الجزائرية و التحديات التربوية في الوسط الحضري"القطيعة المستحيلة"، مخبر الوقاية والأرغنوميا، جامعة الجزائر، الجزائر، ط1، 2008، ص-ص 15-16.

(3) فوزية رمضان أيوب، دراسات في علم الإجتماع الطبي، مكتبة نهضة الشرق، القاهرة، 1985، ص-ص97-98.

(4) جليل وديع شكور، أمراض المجتمع، الأسباب، الأصناف، التفسير، الوقاية والعلاج، الدار العربية للعلوم، بيروت، 1998، ص 26 .

المجتمعات قد خضعت لهيمنة الإقتصاد العالمي وبخاصة فيما يتعلق بأسلوب العيش الجديد والعصري.[1] هذا الأخير الذي بات يتميز بشكل واضح بالخمول وقلة الحركة أو ما يسمى بالحياة القعيدة وكل ما يندرج في إطار أثار التحضر، الذي صنفته منظمة الصحة العالمية على أنه عامل هام من عوامل الإصابة بالأمراض المزمنة، الأمر الذي أثبتته التحقيقات التي شاركت فيها المنظمة، كما هو الحال بالنسبة للدراسة التي أجرتها بالتعاون مع وزارة الصحة والسكان في المجتمع الجزائري سنة 2003 على عينة بلغت 4136 مبحوث بمدينتي سطيف ومستغانم وتمت الدراسة ضمن إقتراب " Step "Wise ،الذي يهدف إلى تحديد عوامل الخطر المساهمة في الإصابة بالأمراض المزمنة.[2] وحسب معطيات هذه الدراسة فإن عامل التحضر يعزى إلى قلت النشاط والحركة لدى شخص ما، ويقاس معدل النشاط بالدقائق والساعات والأيام خلال الأسبوع، وذلك بناء على ثلاث مؤشرات ترتبط بعامل التحضر وهي معدل النشاط الجسمي في العمل، والذي يعني قياس النشاط المبذول أثناء تأدية عمل ما، التحضر في التنقل، أي القيام بالمشي من عدمه، وأخيرا معدل التحضر في أوقات الفراغ و يعني كيفية إستغلال أوقات الفراغ بالنشاط أو عدمه. [3] و على سبيل المثال أسفر هذا التحقيق على أن معدل التحضر بشكل عام قد بلغ 21.6%، حيث إحتل المرتبة الثالثة ضمن عوامل الخطر المتسببة في الأمراض المزمنة أي جاء بعد عامل الإستهلاك الضعيف لأغذية الوقاية (الفواكه والخضر)، الضغط الدموي المرتفع، و الإستهلاك الكثيف للتبغ و التدخين.[4] ولعل من أبرز نتائج هذا التحقيق أنه أظهر العلاقة التي تربط معدل إنتشار التحضر ببعض الأمراض المزمنة كما هو الحال بالنسبة للضغط الدموي المرتفع كمرض مزمن وعامل خطر هام للإصابة بالأمراض القلبية، الأمر الذي يتضح أكثر من خلال معطيات الجدولين التاليين :

---

(1) يعقوب يوسف الكندري، المرجع السابق، ص-ص 112-113 .

(2) Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Direction de la prévention Mesure des Facteurs de risque des maladies non transmissibles dans deux zones pilotes (Approche Step "Wise" de L'OMS) Rapport final ,Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Alger ,2005, P,P 5,19.

(3) Ibid, P- P 164-165.

(4) Ibid,P103

جدول رقم(08): يبين توزيع أفراد العينة حسب النشاط الحركي وحسب السن والجنس.

السـنـــــة	معدل إنعدام النشاط في العمل		معدل التحضر في النقل		معدل التحضر في أوقات الفراغ	
	العدد	%	العدد	%	العدد	%
34 – 25	660	46.3	758	53.1	1347	94.4
44 – 35	555	45.8	634	52.3	153	95.1
54 – 45	463	50.1	468	50.5	899	97
64 – 55	352	61.6	293	51.4	550	96.5
الرجال	872	53.6	446	27.4	1534	94.2
النساء	1158	46.2	1707	68.1	2415	96.3
المجمـــوع	2030	49.1	2153	52.1	3949	95.5

المصدر:

Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Direction de la prévention, Mesure des Facteurs de risque des maladies non Transmissible dans deux Zones pilotes(Approche Step " Wise " de L'OMS), Rapport préliminaire, Ministère de la Santé, de la population et de la réforme hospitalière, Alger, 2004, P3.

جدول رقم(09): يبين معدل إنتشار التحضر والإصابة بمرض الضغط الدموي حسب السن والجنس.

السـنـــــة	معدل إنتشار التحضر والإصابة بالضغط الدموي
34-25	29.4
44-35	22.5
54-45	24.7
64-55	32.5
رجال	20.1
نساء	32.5

المصدر:

Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Direction de la prévention, Mesure des Facteurs de risque des maladies non Transmissible dans deux Zones pilotes(Approche Step " Wise " de L'OMS), Rapport final, Ministère de la Santé, de la population et de la réforme hospitalière, Alger, 2005, P113.

من معطيات الجدول رقم (08) يتضح أن عامل إنتشار التحضر في أوقات الفراغ بغض النظر عن عامل السن قد سجل أعلى معدل قدر بـ95.5%، يرتفع لدى النساء بـ96.3% مقابل معدل الرجال الذي قدر لديهم بـ94.2%، ويأتي في المرتبة الثانية معدل قدر بـ52.1% هو لإنتشار التحضر في مجال النقل وإنعدام المشي، ويرتفع لدى النساء أيضا بـ68.1% مقابل المعدل المسجل للرجال وهو 27.4% وأخيرا يأتي معدل قدر بـ49.1% خاص بإنتشار عدم النشاط في العمل، ويزداد عند الرجال بنسبة طفيفة مقارنة بالنساء أي بـ53.6% للرجال مقابل 46.2% للنساء .

ويظهر من معطيات الجدول رقم (09) أن أعلى معدل قدر بـ32.5% هو للأشخاص الذين يعانون من مرض الضغط الدموي و لدى فئة السن (55-64)، و في نفس الوقت يعانون من قلة النشاط البدني أو التحضر، وهذا يعني تأثيرات عامل التحضر في الإصابة بالضغط الدموي تزداد بإزدياد العمر لدى الإنسان، أما بالنسبة لمتغير الجنس فيظهر أن الإناث اللائي تعانين من الضغط الدموي هن الأكثر عرضة للتأثر بعامل التحضر في المجتمع.

وما يدعم هذه النتائج هو التحقيق أو الدراسة الإبدميولوجية التي قام بها أطباء بالتعاون مع الجمعية الجزائرية للضغط الدموي(SAHA) سنة 2004، في إطار معرفة عوامل الخطر أيضا والمتسببة في الأمراض غير المتنقلة وبوجه الخصوص منها مرض الضغط الدموي، على عينة تتكون من 1478 شخص، منهم 906 إناث 572 ذكور، وفي سن يتراوح مابين 18 سنة إلى أكثر من 70 سنة وشملت 6 مناطق من الوطن هي العاصمة، الوسط، الشرق، الغرب، الجنوب الشرقي والجنوب الغربي، وتبين أن هناك معدلات معتبرة سجلت للأشخاص الذين يعيشون في مستوى معين من التحضر أو ذوي قلة الحركة و النشاط، ويتعرضون أكثر لمرض الضغط الدموي.[1] ولعل معطيات الجدولين التاليين هي من سيوضح ذلك.

[1] Kheir Eddine Merad Boudia, Op.cit, P,P 27,188.

جدول رقم(10): يمثل معدل إنتشار التحضر حسب الجنس والسن والمنطقة الصحية.

المتغيرات		العدد الإجمالي	معدل إنتشار التحضر	
			العدد الجزئي	%
الجنس	ذكـــور	572	219	38.3
	إنـــاث	906	487	53.8
فئـــات السـن	30-18	400	161	40.3
	40-30	225	148	50.2
	50-40	271	128	47.2
	60-50	189	83	43.9
	70-60	164	80	48.8
	70 فأكثر	143	98	68.5
المناطـــق الصحيـة	العاصمة	246	64	26
	الوسط	252	123	48.8
	الشرق	361	154	12.7
	الغرب	237	56	23.6
	الجنوب الشرقي	200	158	79
	الجنوب الغربي	182	151	82.3
المجمـــوع		1478	706	47.8

المصدر:

Kheir Eddine Merad Boudia, HTA, Hypertention Artérielle, Société Algérienne de l'hypertension Artérielles, Algérie, 2009,P179.

جدول رقم (11): يمثل معدل إنتشار التحضر والإصابة بمرض الضغط الدموي .

معدل الإنتشار / الجنـــس	معدل إنتشار التحضر والإصابة بالضغط الدموي	معدل عدم إنتشار التحضر والإصـابة بالضغط الدموي .
ذكـــور	40.2	28
إنـــاث	39.4	33.9
المجمـــوع	39.8	30.95

المصدر:

Kheir Eddine Merad Boudia, HTA, Hypertention Artérielle, Société Algérienne de l'hypertension Artérielles, Algérie, 2009,P32 .

يلاحظ من معطيات الجدول رقم (10) تسجيل معدلات معتبرة لإنتشار التحضر أو قلة الحركة بين المبحثين ولكلا الجنسين، حيث قدر معدل بـــ53.8% لجنس الإناث وبالمقابل قدر معدل بـــ38.3% لجنس الذكور، ويبدو أن معدل إنتشار التحضر بين فئات السن متقارب لدى كل الفئات وفي حـــدود50%، في حين وحسب المناطق الصحية تم تسجيل معدلات مرتفعة لإنتشار التحضر أو قلة الحركة في منطقتي الجنوب الشرقي والجنوب الغربي بـــ79% و82%، تليها منطقتي الوسط والشرق بـــ48.8% و42.7% على التوالي، وتسجل منطقة العاصمة معدل قدره 26% ثم تأتي منطقة الغرب بـــ23.6%.

كما يلاحظ أيضا من معطيات الجدول رقم (11) أن معدل إنتشار التحضر يصـــاحبه إرتفـــاع في الضغط الدموي حيث تم تسجيل معدل مقدر بـــ39.8% للأشخاص الذين لديهم مستوى من التحضر أو قلة في النشاط والحركة وفي نفس الوقت يعانون من الإصابة بالضغط الـــدموي، مقابـــل معـــدل مقـــدر بـــ30.95% للأشخاص الذين ليس لديهم مستوى من التحضر والنشاط وهم مصابين بالضغط الـــدموي ويظهر أن معدل إنتشار التحضر والإصابة بالضغط الدموي يرتفع لدى الجنسين معا.

ولتفسير هذه المعطيات الإحصائية يمكن القول أنه قد تبنى الفاعلون على مستوى نظام التســـيير في المجتمع الجزائري، مشروعا إجتماعيا قائما على التنمية الإقتصادية يحتل فيه كل من التحضر والتصنيع مكانة الريادة، وذلك قصد تحقيق أهداف عدة من أهمها التقدم الإقتصادي والرفاهية الإجتماعية لفئات إجتماعية عريضة، والتي عانت كل أنواع الحرمان المادي والظلم و الإستغلال وجميع أشكال العنف خلال الإستعمار وما بعده، و بذلك وجدت مبررات ليكون المجتمع الجزائري على قدر من التحضر أي يعـــيش أفـــراده في مستوى من التحضر والتمدن القائم أساسا -كما تمت الإشارة إليه- على نمـــوذج الصـــناعات المصـــنعة والإسترداد التكنولوجي المتنوع، وفي ظل مخططات إنطلقت مع مطلع السبعينيات، وهذا الذي كان له أثر من دون شك في واقع النشاط الإقتصادي بالتوازي مع تدهور الوضع الأمني في المجتمع حيث عرف إختلالات عميقة، فقد ساهم في الإسراع من عمليتي التروح الريفي إلى المدن والتحضر، فظاهرة التروح الريفي الـــتي تميزت بالإنتقال الكثيف للأفراد والجماعات نحو المدن والمراكز الحضرية، التي كانت ولازالت تشـــكل في مخيلة الريفي المقصد الوحيد لتحقيق أرقي أنواع الرفاهية والعيش الرغيد، و بالتالي أصبحت المدن والمراكـــز الحضارية بمثابة المنفذ الوحيد للريفيين و لا أمل إلا هذه المدن التي صارت عبارة عن بؤر للبؤس و الحرمان من ناحية، ومن ناحية أخرى مصدرا للضغوط الإجتماعية والنفسية، وكنتيجة لهذه الحركية همش القطاع الفلاحي، وزاد التوجه نحو العمل في المصانع وقطاع الخدمات، وبخاصة في السنوات الأخيرة، يضاف إلى ذلك الوفرة التكنولوجية(النقل والمواصلات)، الأمر الذي أدى بدوره إلى تراجع النشاط البدني و المجهودات العضلية المتداولة لدى الأفراد، و هذا في حد ذاته بات يصنف على أنه من أبرز المشاكل الصحية المؤثرة في صحة الأفراد وفي إصابتهم بأمراض العصر المزمنة كالضغط الدموي مثلا.

وعموما يمكن إستنتاج أن عامل إنتشار التحضر له ما يبرره من سلبيات على صحة الأفراد، وذلـــك بسبب ما يفرزه من قلة الحركة والنشاط الجسماني الناتج عن توفر وسائل الإتصال والمواصلات الحديثـــة،

هذا من ناحية ومن ناحية أخرى توفر الماكنات والآلات والوسائل التي تقوم بالعمل المجهد الذي كان يقوم به الفرد في زمن قريب، وعلى الرغم من نقص الحاجة إلى الكميات الكبيرة من الأطعمة والسعرات الحرارية التي إعتاد الأفراد عليها، وعلى الرغم من النقص الملاحظ لدى البعض في مقدار الغذاء المتناول بمقارنة بما كانوا يتناولونه في الماضي، إلا أن محتوى هذه الأطعمة المتناولة أصبح أعلى من الإحتياج الفعلي واللازم لدى الأفراد في الوقت الحاضر، وهذا ما يسبب التراكم في السعرات الزائدة التي تتحول إلى دهون وشحوم تخزن في الجسم دون إستهلاك.[1]

إن التحولات التي تحدث للمجتمع الذي كان يعتمد على الفلاحة اليدوية نحو إستخدام التكنولوجيا قد يؤثر في فقدان السعرات الحرارية بشكل كبير، ومن الأمثلة على ذلك فالفلاح الذي كان يقوم بعملية الفلاحة من حرث وتقليم للأرض، يستهلك ما يعادل 400 سعرة حرارية أثناء ممارسة هذا النشاط، ولقد إنخفض هذا الأخير إلى ما يعادل 130 سعرة حرارية في حالة إستخدام الجرار في ممارسة نشاط الفلاحة، أما بالنسبة للمرأة التي كانت تقوم بغسل الملابس باليد فكانت تستهلك ما يعادل 250 سعرة حرارية، بينما أصبحت في عصر التكنولوجيا والتحضر الذي وفر الغسالة الكهربائية (La Machine à laver)، والتي لا تتطلب بذل مجهود كبير ولا سعرات حرارية عالية.[2] هذا بالإضافة إلى الأعمال المكتبية التي غزت المؤسسات والإدارات والمحلات والمنازل...إلخ، وهذا ما يفسر الدور الذي تلعبه عمليات التحضر والإتصال بسبب إنخراط وإندماج المجتمع التقليدي في عناصر المجتمع الأكثر حداثة وتطورا، وهذا التأثير البارز لهذه العمليات المستمرة والمكثفة قد ولد نوعا من الإنتقال في الخبرات الثقافية والإجتماعية، وحتى الخبرات التكنولوجية مما أدى إلى حدوث خلل في التكيف لدى الأفراد وإصابة صحتهم أيضا بالخلل.[3]

إن تلك التغيرات والتحولات وجميع عناصر التغير الإجتماعي المؤثرة من الوجهة السلبية على الصحة، لا تؤدي فقط إلى المساهمة في ظهور وإنتشار الإصابة بهذه النوعية من الأمراض العصرية، بل تزيد من معاناة المرضى المصابين بإحداها، ففي الغالب ما يواجهون صعوبات وعراقيل في مواصلة عيشتهم بدون إجهاد وخاصة من ناحية الإستشفاء والوقاية من المضاعفات والخوف من الموت المبكر، وعليه لا يمكن التخلص من ضغوطات التحضر المستمرة والعوامل الأخرى المرتبطة بالتغير الإجتماعي، كما هو الحال بالنسبة لتراجع النشاط البدني والجسماني، التغير في نمط التغذية و إرتباط ذلك بزيادة السمنة، إلا بالتعاون على البحث في تجنب عوامل الخطر والأضرار المحدقة بصحة الفرد إلى جانب إتباع أساليب وقائية، و تنفيذ الإرشادات الطبية وبالتالي الوصول إلى مستوى من الوعي الصحي والإجتماعي الذي يعتبر نوع من التصدي لمخاطر هذه الأمراض المزمنة.

---

[1] راتب عبد الوهاب السمان، ريجيم القرن الحادي والعشرين، ريجيم النظام المفتوح والكميات المفتوحة لإنقاص الوزن، للسكري، لإرتفاع الشحوم والكلسترول، دار الفكر، دمشق، ط1، 2000، ص25.

[2] يعقوب يوسف الكندري، المرجع السابق، ص146.

[3] نفس المرجع، ص130.

المطلب الثالث : التغير في نمط التغذية وتأثيره على إنتشار الأمراض المزمنة.

في ضوء الحقائق الطبية فإنه لا يمكن أن يقلل الفرد من أهمية الغذاء للصحة بصورة عامة، ولمواجهة الأمراض المزمنة كأمراض القلب، الضغط الدموي، الداء السكري بصورة خاصة، بإعتبار أن "التغذية تمثل كل العمليات التي يقوم بها الكائن الحي من أجل الحصول على كل ما هو لازم لبناء جسمه وخلاياه وممارسة أنشطته، والغذاء هو مجموعة الأطعمة المختلفة التي يتناولها الفرد يوميا، فالغذاء عامل أساسي في نمو الإنسان وتكامل صحته". [1] وفي مقابل هذا قد يكون الغذاء خطر إذا ما ساء تناوله .

إن للغذاء أثر كبير على سير حياة الفرد وإصابته بمختلف الأمراض، إذ يظهر وبشكل واضح من خلال التفاعل القوي والمستمر في شقين إثنين إحداهما إيجابي وآخر سلبي، من ذلك تأثير الغذاء المتكامل والمتوازن الذي يفي إحتياجات الفرد من الطاقة الغذائية للنمو وللقيام بمختلف الأنشطة، ولتجديد الخلايا المفقودة في حالة المرض، هذا في شقه الإيجابي، أما في شقه السلبي فهناك عدد من الإضطربات والأمراض المزمنة كما هو الحال بالنسبة لأمراض القلب، الضغط الدموي والسكري، والتي تصيب الفرد وتتصل بعمليات التغذية كفقدان الشهية، الإفراط والشره في تناول الطعام، وكذلك السمنة وغيرها من الإضطرابات الناتجة عن سوء التغذية أو نقصها من حيث الكمية والنوعية.

إن جسم الإنسان طيلة الحياة يحتاج إلى متوسط مثالي لمستوى مقادير المواد الغذائية الأساسية من مواد كربوهيدراتية(نشوية وسكرية)، والبروتينات ومواد دهنية، إلى جانب العناصر الأخرى المتعلقة بعملية الهضم كالأملاح المعدنية والفيتامينات والماء والألياف.[2] فأي قصور أو زيادة أو تغير في أحد عناصرها يمكن أن يؤدي إلى تدهور المستوى الصحي له، لذلك تتوقف هذه العملية أساسا على الطاقة Energie المستمدة من عناصر الغذاء الرئيسية والسالفة الذكر، والمولدة للسعرات الحرارية اللازمة لصحة الفرد، وهذا حسب عمر الشخص وجنسه ذكرا كان أم أنثى، وحجم جسمه وطبيعة العمل أو النشاط الذي يقوم به أو يبذل من خلاله جهدا، وحتى الوضعية التي يكون عليها في حالة النوم أو الراحة أو الشغل.[3] ولهذا ينصح المختصون في شؤون التغذية بمراعاة هذه الحالات في نظام الحياة اليومي .

ومن الجدير بالذكر في هذا السياق هو ما حصل من تغيرات كبيرة إن لم نقل رئيسية لأنماط التغذية كما ونوعا، حيث تعكس التغير الحقيقي الذي حدث في قيم وعادات الحياة الإجتماعية، والأساليب المعيشية التي كان لها الأثر البالغ على كل المجموعات السكانية في العالم، فمن الملاحظ على الأطعمة حديثا أنها تعرضت لدخول عناصر كمياوية متعددة وحتى الشراب واللباس مما أدى إلى المساس وبشدة بصحة جسم الإنسان.

---

[1] سلوى عثمان الصديقي، المرجع السابق، ص 143.

[2] عبد العزيز طريح شرف، المرجع السابق، ص194.

[3] نفس المرجع، ص 197.

إن عادات طعام الكثير من الشعوب قد تغيرت ودخلت عناصر غريبة وغابت عناصر أخرى، الأمر الذي زاد من حدة أثر التغير الذي حدث لنظام التغذية وظهور أمراض لم تكن مألوفة لدى تلك الشعوب كما هو الحال بالنسبة لمرض الضغط الدموي، الداء السكري، قرحة المعدة، أمراض القلب والسمنة، وما إلى ذلك من الأمراض غير المتنقلة.[1] وبمقارنة بسيطة بين شعوب هذه المجتمعات المتحضرة التي أصابتها تغيرات كبيرة في مجال التغذية وصاحبها إنتشار لهذا النوع من الأمراض المزمنة، وشعوب المجتمعات التقليدية أو الريفية والزراعية والتي عرفت أكثر إنتشارا للأمراض المعدية، -يظهر حسب الكثير من الباحثين- أنها كانت متكيفة مع مستويات التغذية الصحية، حيث لوحظ غياب كل من أمراض القلب، ضغط الدم والسكري، وكان هذا الغياب لهذا النوع من الأمراض نتيجة للنمط الغذائي المتبع، والذي يعد عاملا أساسيا للوقاية من إنتشارها، وذلك من خلال ما يحتويه من ألياف التي تقي الفرد من الإصابة بالعديد من الأمراض كمرض السكري وأمراض القلب، ولقد أكدت الدراسات الخاصة بشؤون التغذية على إحتواء الفواكه والخضروات على كميات معتبرة من هذه الألياف، ويمكن أن تصل في الوجبة اليومية إلى 33% من المواد الغذائية، أي بمعدل ثلث كل وجبة يوميا.[2] لذلك فهذه النوعية من الأغذية تصنف ضمن أغذية الوقاية من الأمراض المزمنة .

إن عمليات التغير الإجتماعي والإتصال الثقافي والإنفتاح على إقتصاديات العالم الحديث، ساهمت في إحتكاك المجتمعات التقليدية والنامية بالمجتمعات المتقدمة والأكثر حداثة، مما أدى إلى إحداث نقلة نوعية في النظام العام للغذاء، وظهور مطاعم الأكل السريع (Fast-food)، وإنتشار الأطعمة ذات الأثر السلبي على صحة أفراد هذه المجموعات السكانية، ومن ذلك الأطعمة الجاهزة المصنعة والمعلبة والمستوردة، فمعظم هذه الأغذية تفتقر للألياف والفيتامينات A.C.E التي تحتويها أكثر الخضر والفواكه هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى تحتوي على نسبة كبيرة من الدسم والدهون والصديوم والسكريات، فجميع هذه العناصر الغذائية إذا زادت عن حاجة الإنسان ولم تحترق في مجهود معين، تعد من مسببات الأمراض العصرية المزمنة السالفة الذكر في كثير من المجتمعات حاليا، وأحسن مثال على ذلك مجتمعات الخليج العربي التي تعاني من السمنة وإرتفاع الضغط الدموي، نتيجة لعوامل التغير الإجتماعي والثقافي والتحديث والإنفتاح على المنتوجات الغربية.[3] هذا ما أكدته دراسة "أيتن" "Etan" سنة 1977، أين إكتشف أن التغير الذي أصاب نمط التغذية في المجتمعات النامية المختلفة ما هو إلا كنتيجة للإتصال المباشر بالمجتمعات الغربية، ولعل أبرز ما أحدثه هذا التغير في شأن التغذية هو تخفيض إستهلاك الألياف ضمن الوجبات اليومية وفي مقابل ذلك إستخدام السكريات بشكل مفرط، الأمر الذي يدفع للقول بأن ظهور وإنتشار داء السكري حاليا

---

[1] الوحيشي أحمد بيري، عبد السلام بشير الدويبي، المرجع السابق، ص 90.

[2] يعقوب يوسف الكندري، المرجع السابق، ص-ص 129- 130

[3] نفس المرجع، ص 327.

يرجع أساسا إلى التغير في مكونات الغذاء، هذا الأخير المرتبط بدوره بالتغير الإجتماعي.[1] وهذا الوضع الغذائي الجديد يمثل جزء لا يتجزء من إتجاهات التغير الإجتماعي والثقافي الساري في الوقت الراهن .

إن زيادة معدلات الكلسترول والأمراض الناجمة عنه من إرتفاع في ضغط الدم، وإنسدادا في شرايين القلب ومرض القلب التاجي، تعتبر مؤشرا هاما كذلك للتغير الذي حدث في نوعية التغذية نحو الأغذية المشبعة بالدهون والكلسترول في العديد من المجتمعات، وهنا تشير الدراسات إلى أن المجتمعات التي تعتمد مثل هذه الأنماط الغذائية والتي ينخفض فيها متوسط الكلسترول الكلي، إلى جانب إنخفاض نسبة الأمراض القلبية التاجية، يمكن أن يرتفع فيها متوسط أمل الحياة أو العمر المتوقع إلى أعلى المستويات، وفي المقابل يمكن للمجتمعات النامية إقتصاديا وذات المعدلات المنخفظة من الأمراض القلبية التاجية أن تستمر في الوقت الحاضر في العمل على إجراء تعديلات نحو الأحسن في مجال التغذية، وبالتالي تتجنب مضارالأنماط الغذائية السائدة في المجتمعات الغنية والمتطورة، وذات المعدلات المرتفعة من الإصابات بالأمراض القلبية.[2] ومن الضروري في هذا السياق الإشارة إلى العلاقة الإرتباطية التي أصبحت واضحة بين متغير النشاط الإنساني ونمط الأطعمة المستهلة في هذا العصر الحديث، حيث بات من الواضح أيضا أن إستقرار الحياة في الوقت الراهن وقلة الحركة والنشاط الجسمي (التحضر) والإعتماد الكبير على المواصلات أثناء التنقل (السيارات، الحافلات...) ولأية حركة وحتى لمسافات قصيرة، وعدم بذل مجهودا عضلي مثل ما كان في الماضي، وتظهر قلة هذا الأخير حتى في مجالي الزراعة والصناعة، (تعويض اليد العاملة بالآلة)، بالإضافة إلى توفير الأغذية المسمنة وغير الغنية بالمواد الغذائية الصحية، وإستخدام المواد الكيماوية والهرمونات في التغذية الحيوانات والطيور الموجهة للإستهلاك اليومي، وذلك لأجل نموها وزيادة وزنها وحجمها بسرعة، على الرغم من الأضرار التي باتت تخلفها على صحة الأفراد، الأمر الذي أثبتته العديد من الدراسات.[3] كما أن هناك إحتمالات كبيرة لتلوث الأطعمة وفسادها نظرا لتعدد أماكن ووسائل الحفظ غير الصحية، وهذا بإعتبار عددا كبيرا من المواد الغذائية المحفوظة تحتوي على مواد كيماوية تستعمل في الغالب في أثناء عملية الحفظ ومن التلف ولفترات طويلة، وتعد الكثير من الألوان المضافة إلى بعض المشروبات أحد أبرز الأضرار التي أثبتت الدراسات آثارها على الصحة وهذه جميعها عوامل باتت تصاحب ظاهرتي التغير الإجتماعي والتحضر والتي ثبت ضررها كذلك على صحة الفرد في هذا العصر.[4]

إن الأسرة وما حدث لها من تغيرات على مستوى البناء الإجتماعي ساهمت في تغير نوعية الأطعمة المستهلكة حاليا في المجتمعات الحديثة، فلم يعد دعم الأسرة الكبيرة الذي كان يقدم للأبناء موجودا بقوة وبخاصة من حيث إعداد الطعام، الأمر الذي يلاحظ بشكل كبير في المجتمعات الغربية، وفي نفس المنوال لم

---

[1] نفس المرجع، ص 131.

[2] أحمد فايز النماس، المرجع السابق، ص 121.

[3] الوحيشي أحمد بيري، عبد السلام بشير الدويبي، المرجع السابق، ص 90.

[4] نفس المرجع ، ص 90.

تعد مسؤولية الزوجة لوحدها في إعداد الطاعم في العديد من المجتمعات ومنها المجتمعات النامية، بل بات يشترك فيها الزوجان في غالب الأحيان، ويعود السبب في ذلك إلى إرتباط المرأة بعملها خارج المترل وتعدد مسؤولياتها في بعض المجتمعات العربية الحديثة، الأمر الذي أحدث تغييرا في مسؤوليات المرأة في هذا العصر الحديث، وفرض عليها دورا إجتماعيا مختلفا عما كان في الماضي، وهذا الدور أثر في نظرتها لنفسها، ولزوجها ولأبنائها، وحتى لأطفالها الرضع تجاه أساليب التغذية المتبعة والأطعمة التي تتماشى ووضعيتها الجديدة.[1] وهذه الرعاية الصحية الأولية تعتبر أسلوب للرعاية يتعلق بمجتمع بعينه، وبشكل عام فإن هذه الرعاية الصحية حدث لها تغيرا كبيرا، مما أدى أيضا إلى إحداث نوع من التغيرات في العديد من الأراء والأفكار الخاصة بصحة الإنسان في إستخدامه لأنواع من الأطعمة الجاهزة والسريعة التحضير، كما هو الحال بالنسبة لتغذية الطفل بوجه الخصوص، إذ أصبح من السهل على كثير من الأمهات إستخدام وإقتناء مثل هذه الأطعمة، ولعل الوفرة المادية والسهولة في إعداد وتحضير الطعام هي عوامل كانت من وراء تبني هذا النمط المعيشي، وتداوله بشكل كبير بين الأسر.[2] يضاف إلى ذلك توفر الغذاء التجاري وأدواته الخاصة في الأسواق، فجميع هذه التبدلات الغذائية لعبت دورا بارزا في إحداث الخلل وعدم التوازن لصحة الإنسان، ومن ثم إفرازها لمشكلة الأمراض المزمنة مثل السمنة أو البدانة، ضغط الدم المرتفع، السكري وأمراض القلب في هذه المجتمعات الحديثة حاليا.

ونظرا للأعباء الكبيرة الناتجة عن هذه النوعية من الأمراض سعت منظمة الصحة العالمية إلى تحديد عوامل الخطر والتي تتمثل أساسا في كثرة إستهلاك الكحول والتبغ، التحضر، الضغط الدموي، إرتفاع نسبة الكلسترول في الدم، إرتفاع نسبة السكر في الدم،السمنة والتغير في نوعية التغذية، وهنا يظهر بأن عامل التغذية من أبرز عوامل الخطر المؤدية إلى الإصابة بأمراض العصر، وللتخفيف من حدة هذه الأمراض تم إجراء عدة تحقيقات في البلدان المنخرطة في منظمة الصحة العالمية، ولقد تمت هذه التحقيقات في إطار إقتراب المنظمة المعروف بـ " Step "wise ،ويعد الفاعلون في مجال الصحة في المجتمع الجزائري من بين الذين تبنوا الإستراتيجية المتبعة من طرف المنظمة، ومن هذا المنطلق تم إجراء دراسة في المجتمع الجزائري سنة 2003 في هذا المضمار في منطقتي سطيف ومستغانم على عينة قدرت بـ4136 مبحوث، وهدفت هذه الدراسة إلى محاولة فهم مدى تأثير عوامل الخطر السالفة الذكر على ظهور الإصابة بهذه الأمراض، وقد كشفت النتائج بأن نسبة كبيرة من المبحوثين لا يهتمون بنظام غذائي صحي ومتوازن، وبخاصة في مسألة إستهلاك الخضر والفواكه والتي تقتضي على الأقل إستهلاك 5 أنواع منها يوميا خلال الأسبوع، الأمر الذي يمكن توضيحه أكثر من خلال الجدول الآتي.[3]

---

[1] يعقوب يوسف الكندري، المرجع السابق، ص 128.

[2] نفس المرجع، ص 129.

[3] Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Direction de la prévention, Mesure des Facteurs de risque des maladies non Transmissible dans deux Zones pilotes (Approche Step " Wise" de L'OMS), Rapport préliminaire, Op.cit,P3.

جدول رقم(12): يبين توزيع أفراد العينة حسب معدل إستهلاك الخضر والفواكه على الأقل 5 أنواع يوميا على مدى أسبوع حسب الجنس والسن.

فئات السن	الذكـــــور		الإنـــــاث		المجمـــــوع	
	العدد	%	العدد	%	العدد	%
34-25	290	57.4	501	54.3	791	55.4
44-35	257	54.7	423	57	680	56.1
54-45	207	53.4	302	56	509	54.9
64-55	142	57.3	186	57.8	328	57.5
المجمـــــوع	896	55.6	1412	55.9	2308	55.8

المصدر:

Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Direction de la prévention, Mesure des Facteurs de risque des maladies non Transmissible dans deux Zones pilotes (Approche Step " Wise" de L'OMS), Rapport préliminaire, Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Algérie, 2004,P3.

ومما هو معروف في مجال الصحة والوقاية من الأمراض المزمنة أن الخضر والفواكه تحتـــوي علـــى معدلات كبيرة من الألياف التي تقي صحة الأفراد من الإصابة من عدة أمراض منـــها ضـــغط الـــدم، داء السكري وأمراض القلب والسرطان، ولا شيء يسبب إختلافا في الصحة مثل جهاز المناعة، ولا شـــك أن التركيب الوراثي يتأثر بشكل مباشر بمدى قوة وصلابة جهاز المناعة والعوامل البيئية كذلك، فالنظام الغذائي يعتبر أحد أبرز تلك العوامل المؤثرة أيضا، ولعل عمليات البحث والتفسير التي إنطلقت مؤخرا حول علاقة جهاز المناعة بالنظام الغذائي، حيث إزدادت المسألة وضوحا عندما إزدادت إمكانية معالجة هـــذا الجهـــاز بواسطة ما يتناوله الأشخاص من أغذية صحية مثل التي تحتوي بكثرة على الفيتامينات والمعادن والمركبات الأخرى، وكل ما يعزز المقاومة ضد العديد من الأمراض وأهمها الأمراض المزمنة.[1] ويمكن تقوية جهـــاز المناعة لدى الأشخاص عن طريق تناول كافة الفواكه والخضر التي تعد في الأساس أغذية نباتية وطبيعيـــة، وخاصة التي تحتوي على الفيتامين c وكاروتين بيتا، فقد وجد أن الأشخاص النباتيون أي الذين يتنـــاولون كميات وفيرة من الخضر والفواكه يتميزون بحصانة منيعة ونشيطة من حيث مقاومة الأمراض (فالإنســـان بطبعه نباتي وليس لحمي)، وفي دراسة حديثة أجريت في مركز البحوث السرطانية بألمانيا إكتشفت نتائجها، أن الكريات البيضاء عند النباتيين كانت مميتة ضد الخلايا السرطانية وهذا بمقدار ضعف مثيلاتها عند آكلي اللحوم، ويمكن تفسير ذلك أن الأشخاص الذين يتناولون الأغذية النباتية يحتاجون فقط إلى ضعف ما يحتاجه

[1] جين كاربر، دواؤك في غذائك، موسوعة طبية غذائية، ترجمة: أحمد رمو، دار علاء الدين للنشر والتوزيع والترجمة، دمشق، ط3،2005، ص 313.

الأشخاص الذين يتناولون أكثر اللحوم، وهذا بالطبع من مجموع الكريات البيضاء لأداء نفس الوظيفة، وكما يمكن إستنتاج حقيقة علمية وهي أن مادة الكاروتين الموجودة في الخضر والفواكه تعتبر صديق موثوق به بجهاز المناعة لدى الأشخاص على عكس الموجود في اللحوم، وفي المقابل أيضا يمكن أن تضعف بعض الأطعمة المناعة لدى نوع آخر من الأشخاص كما هو الحال بالنسبة للأنظمة الغذائية العالية بالدسم وخصوصا النباتية المتعددة وغير المشبعة كالزيت الذرة...الخ.[1] ولأجل هذه المسائل وغيرها يشدد الفاعلون في مجال الصحة على المرضى والأصحاء معا بتناول أغذية متوازنة وتناول الخضر والفواكه بدلا من تناول اللحم بكثرة خلال الواجبات اليومية، نظرا للفوائد الصحية المرجوة من هذه القاعدة الصحية، كما يمكن القول أن الغذاء يمثل عاملا أساسيا لحماية أو إصابة الأفراد ببعض الأمراض وإنتشارها في المجتمع، وهذا الوضع الصحي من الملاحظ في الواقع أنه يتأثر بالتغير الإجتماعي والثقافي، وكل عمليات التحديث المرتبطة بدورها بإنتشار العديد من الأطعمة الدسمة والمعتمدة على مكون الدسم الموجودة في اللحم كأساس لطهيها، فالمأكولات بدأت تطغى عليها إما الدهون وإما السكريات، مما يتسبب أيضا في إصابة الأفراد بمشكلة السمنة التي تعتبر هي الأخرى مسببا رئيسا في الإصابة بالضغط الدموي والداء السكري وأمراض القلب.

المطلب الرابع : السمنة وعلاقتها بإنتشار الأمراض المزمنة.

تمثل السمنة مشكلة أساسية لإنسان هذا العصر، لذلك قد صنفها تقرير هيئة الصحة العالمية ضمن الأمراض التي إنتشرت في كافة أنحاء العالم حاليا.[2] فهي مرض خطير وصعب التشخيص في نفس الوقت، تتشكل تدريجيا لدى مختلف الفئات العمرية، وتظهر بوضوح عندما يكتنز الجسم بالشحم بشكل غير طبيعي، ويوصف المريض بالسمنة حتى قبل أن يصل إلى المائة كيلوغرام وزنا، فالوزن المثالي يساوي طول قامته بعد حذف المتر، كما هو الحال بالنسبة للشخص الذي يزن 70 كيلوغرام و طول قامته 1 متر و70 سنتيم.[3] إذا فكل زيادة في وزن الجسم بعدد معتبر من الكيلوغرامات تمثل بدانة، هذا ما تؤكده منظمة الصحة العالمية في تقديراتها حول حجم البدانة أين يتم قياس وحدة كتلة الجسم عن طريق المقياس المسمى BMI الذي يحدد الوزن الإضافي لدى الأشخاص "وهو عملية حسابية بسيطة، ومقسمة تكون نتيجتها تحديد الدرجة الخاصة بالسمنة، وهذه العملية تتمثل في مقدار الوزن بالكيلوغرامات تقسم على الطول بالسنتيمتر تربيع (kg/m^2)، فلقد حددت المنظمة بالأرقام و التصنيفات التالية : 18.5 فما فوق يعتبر الوزن فيها تحت المعدل،18.5-25 في المعدل الطبيعي، 25-30 سمنة درجة أولى، 30-40 سمنة درجة ثانية،و فوق الأربعين تعتبر سمنة درجة ثالثة."[4] كما يمكن قياس الوزن المناسب و الصحي للأشخاص بمقياس آخر قد أعلنت عنه الحكومة الفيدرالية في الولايات المتحدة لسنة 1998، حيث أوضحت بأن

---

(1) نفس المرجع، ص 317.

(2) سلوى عثمان الصديقي، المرجع السابق، ص 263.

(3) Maurice Bariety, Robert Bonniot et Jean bariéty, Op.cit, P266.

(4) يعقوب يوسف الكندري، المرجع السابق،134 .

الأشخاص الذين لديهم وزن كتلة جسمهم ما بين 25 و 29.9 يعتبر ما فوق المعدل،أما الأشخاص الـــذين لديهم وزن كتلة جسمهم ما بين 25 و34، و لديهم قياس خصر أكثر من 40 سم للرجـــل، و35 للنســـاء يمكن إعتبارهم من الأشخاص الذين يعانون من السمنة، وكذلك لديهم إحتمالات الخطـــورة الصـــحية و الإصابة بالأمراض المزمنة كالسكري ,ضغط الدم وأمراض القلب، وعلى هذا الأساس يوضح الجدول الآتي التصنيفات الخاصة بمعدلات السمنة لكلا المقياسين .[1]

جدول رقم(13): يمثل تصنيفات السمنة والوزن فوق المعدل بإستخدام مقياس كتلة الجسم ومقياس الخصر مع إرتباطهما بدرجة الخطورة بالإصابة بالمرض المزمن.

الوزن	مقياس كتلة الجسم	درجة السمنة	درجة خطورة الإصابة بالأمراض المزمنة(السكري،ضغط الدم،أمراض القلب)	
			الذكور الذين يكون مقياس الخصر لـــديهم 102 ســـم وأقل إناث من88 سم وأقل.	الـــذكور أكثـــر مـــن 102للخصر إناث أكثـــر من 88 سم للخصر.
تحت المعدل	< 18.5		-	-
في المعدل الطبيعي	24.9-18.5		-	-
فوق المعدل	29.5-25.5		زيادة إحتمال الإصابة بالمرض	عال
سمنة 1	34.9-30	درجة أولى	عال	عال جدا
سمنة 2	39.9-35	درجة ثانية	عال جدا	عال جدا
سمنة 3	+40	درجة ثالثة	عال بصورة شديدة	عال بصورة شديدة

المصدر: يعقوب يوسف الكندري، الثقافة والصحة والمرض، رؤية جديدة في الأنثروبولوجيا المعاصرة، مجلس النشر العلمي الكويت، 2003، ص 135.

يلاحظ من خلال هذه المعطيات المبينة في الجدول أن هناك علاقة إرتباطية واضحة بـــين الســـمنة والإصابة بأمراض القلب وضغط الدم والسكري، هذا إلى جانب الإرتباط الكبير والواضح بـــين مقـــاييس حجم الخصر، حيث كلما إزداد حجم الخصر إزدادت معه معدلات السمنة و صاحبتها زيادة في إحتمـــال الإصابة بالأمراض المزمنة السالفة الذكر.

إن التغير في جسم الإنسان عموما إرتبط بشكل واضح بتعرض المجتمعات لعوامل التحديث و التغير الإجتماعي والثقافي، فالجسم الإنساني في هذه المجتمعات الحالية أصبح عرضة للتغير والتبدل نتيجة للأوضاع الإقتصادية المستحدثة، بما فيها طرق الحصول على الدخل و الغذاء والإنتاج، ولعل من أبرز الدراسات التي

[1] نفس المرجع،ص 134 .

أجريت حول التغير الذي حصل في مورفولوجية جسم الإنسان و علاقتها بالعوامل الإقتصادية والإجتماعية، هي الدراسة التي قام بها كل من" باندون وبيكر Bindon et Baker" سنة 1985، حيث إختبرا هذه العلاقة وإكتشفا أن المهارات الوظيفية ترتبط بشكل كبير بدرجات السمنة عند الذكور و الإناث معا، والأعمال التي تتطلب التنقل و الحركة و المهارات ترتبط مباشرة بالتقليل من وزن الجسم، أما الأعمال التي لا تتطلب التنقل و الحركة كالأعمال المكتبية فتزيد من حجم جسم الإنسان و من ثم الإصابة بالسمنة.[1] وهذا ما يؤكد قضية تفاعل أكثر من عامل لظهور الإصابة بهذا المرض .

إن أكثر الأفراد تعرضا و معانات من مشكلة السمنة من ناحية النوع أو الجنس، هم جنس الإناث فهن الأكثر تأثرا بالسمنة مثلما أوضح " العيسى" في دراسته الخاصة بإنتشار السمنة في المجتمع الكويتي، فقد أثبتت هذه الدراسة أن 70.2% من البالغين من أفراد العينة يعانون من السمنة درجة أولى، و هي لجنس الإناث بنسبة تقدر بـ72.9%، في حين قدرت النسبة لجنس الذكور بـ67.5%، بالإضافة إلى أن ظاهرة السمنة تزداد مع زيادة العمر، و لهذا السبب تعتبر أمراض القلب، وضغط الدم والسكري، من الأمراض الأكثر شيوعا وإنتشارا في المجتمع الكويتي وكل المجتمعات التي تعاني من التعرض إلى المشكلات الناتجة عن عوامل التحديث، التغير الإجتماعي والثقافي.[2] إلى جانب الإنفتاح على الإقتصاد العالمي الذي بات مفروضا على العديد من المجتمعات .

إن الإعتلالات الغذائية تعد من أبرز العوامل المؤدية إلى إنتشار ظاهرة السمنة وزيادة وزن الإنسان، وكما سبقت الإشارة إليه فإن إرتفاع السعرات الحرارية عن حاجة جسم الإنسان من الأطعمة، يؤدي حتما إلى الإصابة بالبدانة أو السمنة نظرا للتحول الذي يحدث للطاقة الغذائية، حيث تصبح عبارة عن شحوم تتراكم شيئا فشيئا وعدم إحتراقها في الجسم يعني بداية المرض بالسمنة مع العلم أن هناك علاقة تربط نشاط الغدد بالبدانة .[3] وبالفعل فإن من أهم مسببات هذه الأخيرة هي العوامل المؤهبة للمرض كعامل تقليص الجهد العضلي أو النشاط الحركي لدى الإنسان، الذي يعتبر بدوره سمة من سمات هذا العصر، إذ لا يخفى على أحد أن البدانة تعد من أهم الأمراض التي تجهد الدورة الدموية و تزيد من الضغط الدموي وتتسبب في تغيرات مرضية في شرايين القلب، بإعتبار عضلة القلب كالآلة المحركة فإذا تم إفتراض أن آلة الري تخصص لري مائة هكتار حسب قدرتها، فإذا إزدادت المساحة إلى مائتين هكتار وتم إستخدام الآلة نفسها، فالمعقول إدارتها ليلا ونهارا لتقوم بعملها، والمعقول كذلك أنها تجهد و يقصر عمرها العملي و تصبح كثيرة العطل، مما يتطلب إصلاحها في كل وقت وتغيير قطعها، وهذا المثال يتطابق تماما مع عضلة القلب فإذا خصصت لتموين جسم وزنه 70 كيلوغراما وزاد وزنة إلى 140، الأمر الذي يضاعف العمل على عضلة القلب والشرايين فيصاب بالأمراض، و للإشارة فإن عضلة القلب لا يمكن إستبدالها بغيرها أو تعديل قطعها،

---

[1] نفس المرجع، ص-ص136- 137 .

[2] نفس المرجع، ص- ص 135-136 .

[3] عبد الرحمن العيسوي، سيكولوجية الغذاء، دار الراتب الجامعية، بيروت، ط1، 2000، ص 22 .

و من هنا كانت العناية بالبدانة واجبة و علاجها قبل حدوثها واجب أيضا.[1] وخاصة وأنها من الأمراض التي يمكن تجنبها أو توقيها في معظم الحالات.

لقد أصبح من المؤكد أن زيادة مستوى الكلسترول في الدم و تناول الكثير من المشروبات و الشحوم الحيوانية الحاوية على نسبة عالية من الحموض الدسمة المشبعة، يزيد من إمكانية حدوث البدانة التي تلعب أيضا دورا بارزا في الإصابة بالضغط الشرياني وأمراض القلب والسكري، حيث يؤكد" وائل عبد المولى باشا " في كتابه" علم الأمراض " بأن 60% من المصابين بفرط الوزن هم مفرطو التوتر الشرياني، كما أن 85% من مرضى السكري هم مفرطو الوزن.[2] ويعكس مستوى الكلسترول الكلي في المجتمعات العلاقة بين مستوى الكلسترول لدى الفرد ودرجة تعرضه للخطر و تمثل هذه الأخيرة مابين 60% و 80%، أما البروتينات الدهنية العالية الكثافة فتشتمل على حوالي 20 حتى 30% من الكلسترول الكلي، و هي تتناسب تناسبا قويا وعكسيا مع تعرض الفرد لخطر مرض القلب التاجي.[3] ويدل التراث الطبي على خطورة تناول كميات كبيرة من السكر، وهذا بإعتباره من أهم مسببات الإصابة بالسمنة، و حتى يتم تمثيل كميات كبيرة من السكر على البنكرياس أن يفرز كميات كبيرة من الأنسولين التي تنساب إلى الأوعية الدموية، فزيادة الأنسولين في الدم تتسبب في متاعب صحية كثيرة [4]، إذا فحوادث القلب والأوعية الدموية والغدد هي أكثر وأخطر ما يصيب السمين، وهي كذلك أكثر ما يبكر من الآفات الصحية في زيارة السمين، لذا ينصح الأطباء والمختصون تجنبها بالوقاية الصارمة عند تناول الأطعمة وبما يتوافق مع النشاط الجسمي، كما ينبغي سبر أغوارها بالفحوص المتتابعة والمراقبة الدقيقة قبل أن تتحول إلى تسمم وإضطرابات صحية وخيمة العواقب.

ومن المنظور الإبدميولوجي تتأكد العلاقة بين إنتشار السمنة وزيادة إحتمال الإصابة بالأمراض المزمنة السالفة الذكر من خلال بعض الدراسات والتحقيقات التي تناولت مؤشرات هامة، وخاصة بالمرض المزمن كإقتراب منظمة الصحة العالمية " Step "Wise لذي يكشف مؤشرات عديدة عن عوامل الخطر المؤدية إلى الإصابة بهذه النوعية من الأمراض، ولقد أظهرت بعض التحقيقات التي أجريت في إطار هذا الإقتراب أن ظاهرة السمنة تمثل عاملا مهما من عوامل الإصابة بالضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب، ولعل نتائج الدراسة التي قامت بها وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات في المجتمع الجزائري سنة 2003، في مدينتي مستغانم وسطيف على عينة تتكون من 4136 مبحوث، تتراوح أعمارهم ما بين 25-64 سنة، قد أكدت أن السمنة لها علاقة كبيرة بالإصابة بهذه الأمراض وأنها تزداد لدى جنس الإناث مقارنة بجنس

(1) مصطفى القمش، خليل معايطة، سحر المخامرة، المرجع السابق، ص 147.

(2) وائل عبد المولى باشا، المرجع السابق، ص 50.

(3) أحمد فايز النماس، المرجع السابق، ص 120.

(4) عبد الرحمان العيسوي، المرجع السابق، ص 86.

الذكور.[1] الأمر الذي يتضح من خلال معطيات الجداول الآتية :

جدول رقم (14) : يمثل معدل إنتشار السمنة الإجمالية والإصابة بداء السكري حسب الجنس والسن ومنطقة الإقامة % :

الجنس		الرجال	النساء
فئات السن	34-25	9.4	23.1
	44-35	14.7	33.3
	54-45	10	40.9
	64-55	7.1	38.5
منطقة الإقامة	حضري	9.5	40.9
	ريفي	11.3	24.2
المجموع		10.3	33.8

المصدر :

Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Direction de la prévention, Mesure des Facteurs de risque des maladies non Transmissible dans deux Zones pilotes (Approche Step " Wise" de L'OMS), Rapport Final, Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Alger,2005,P124.

يظهر من معطيات الجدول رقم (14) أن معدل السمنة يزداد بين المرضى السكريين من النساء، حيث قدر لديهن بـ33.8%، مقارنة بالمرضى السكريين من الرجال الذين قدر المعدل لديهم بـ10.3%، ويلاحظ أن السمنة تزداد لدى الرجال في فئات السن الوسطى أي 35-44 سنة بـ14.7% وتتوزع لديهم حسب المنطقة الجغرافية بـ11.3% للريف و9.5% للحضر،أما بالنسبة للمصابين من الإناث فترتفع السمنة لديهن مع التقدم في السن أي من 23.1% لفئة 25-34 إلى غاية 40.9% لفئة 45-54 سنة، ويبقى المعدل أعلى في الحضر بـ40.9 % مقارنة بالريف 24.2%، وما يدعم هذه النتائج هو الدراسة الوطنية الإبدميولوجية حول إنتشار السمنة، والتي قام بها المعهد الوطني للصحة سنة 2005، في إطار مشروع البحث في عملية الإنتقال الإبدميولوجي وآثاره على الصحة في دول شمال إفريقيا، وقد تمت الدراسة على عينة مكونة من 4818 أسرة، سحب منها شخص واحد فقط في سن يتراوح ما بين 35 سنة و70 سنة، وشملت الدراسة ثلاث مناطق جغرافية وهي منطقة التل ومنطقة الهضاب العليا ومنطقة الجنوب، وتبين من خلال نتائجها أن هناك معدلات معتبرة سجلت للأشخاص الذين يعانون من السمنة ومضاعفتها على أمراض

[1] Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Direction de la prévention, Mesure des Facteurs de risque des maladies non Transmissible dans deux Zones pilotes (Approche Step " Wise " de L'OMS), Rapport préliminaire, Op.cit, P,P 1,2,3.

أخرى من ذلك داء السكري.[1] لقد تم إعتماد ثلاث أشكال من السمنة وقياسها وفقا للمعدل المحصل عليه من عملية قياس الوزن والطول المشار إليها آنفا، وحددت السمنة بالدرجة الأولى Surpoids إذا كانت تساوي معدل 25 أو أكثر وكذا السمنة الإجمالية l'obésité totale، إذا كانت تساوي معدل 30 أو أكثر، وأخيرا السمنة البطنية (التكرش)l'obésité Abdominale وحددت من خلال مؤشرين أثنين هما الطول وقياس الخصر.[2] وعلى هذا الأساس يمكن التوضيح أكثر من خلال معطيات الجدولين التالين :

جدول رقم (15) : يمثل معدل الإصابة بالسمنة بأنواعها حسب السن والجنس والمنطقة الجغرافية% :

المتغيرات		معدل السمنة درجة أولى		معدل السمنة الإجمالية		معدل السمنة البطنية (التكرش)	
		العدد	%	العدد	%	العدد	%
الجنس	ذكور	2004	41.29	2004	09.07	2004	35.43
	إناث	2746	66.52	2746	30.08	2746	75.02
فئات السن	39-35	915	54.09	915	18.64	915	52.29
	49-40	1536	57.27	1536	22.93	1536	59.10
	59-50	1322	58.40	1322	23.22	1322	61.94
	70-60	977	52.59	977	18.72	977	57.90
منطقة الإقامة	حضري	2924	58.92	2924	22.93	2924	61.29
	ريفي	1826	50.93	1826	19.82	1826	52.8
المنطقة الجغرافية	التل	2922	57.76	2922	22.50	2922	59.64
	الهضاب العليا	1525	53.90	1525	18.91	1525	58.94
	الجنوب	303	47.56	303	19.51	303	44.74

المصدر :

Ministère de la santé , de la population et de la réforme hospitalière ,Institut National de santé publique, Transition épidémiologique et système de santé, Projet TAHINA ,l'obésité chez l'adulte de 35 à 70 ans en Algérie, Institut national de santé publique, septembre 2010, Algerie, P,P 28,41 .

[1] Ministère de la santé , de la population et de la réforme hospitalière, Institut National de santé publique, Transition épidémiologique et système de santé, Projet TAHINA, l'obésité chez l'adulte de 35 à 70 ans en Algérie, Op.cit, P,P 9, 8 .

[2] Ibid, P19.

جدول رقم (16) : يمثل معدل الأشخاص الذين يعانون من الإصابة بالسمنة بأشكالها الثلاث والمصابون بالداء السكري حسب الجنس % :

المتغيرات		معدل الإصابة بالسمنة درجة أولى والإصابة بداء السكري		معدل الإصابة بالسمنة الإجمالية والإصابة بداء السكري		معدل الإصابة بالسمنة البطنية والإصابة بداء السكري	
		العدد	%	العدد	%	العدد	%
الجنس	ذكور	802	16.84	180	21.87	802	16.84
	إناث	1812	14.56	848	17.76	1812	14.56

المصدر :

Ministère de la santé , de la population et de la réforme hospitalière ,Institut National de santé publique, Transition épidémiologique et système de santé, Projet TAHINA ,l'obésité chez l'adulte de 35 à 70 ans en Algérie, Institut national de santé publique, Algérie, 2010, P,P 33,45 .

من معطيات الجدول رقم (15) يتضح أن معدل الإصابة بالسمنة بأشكالها الثلاث يرتفع بين جنس الإناث مقارنة بجنس الذكور، كما يرتفع هذا المعدل بين الفئات المتوسطة والمتقدمة في السن، وخاصة ما بين فئتي 40-49 سنة و50-59 سنة، ويظهر أيضا أن الأشخاص من الوسط الحضري هم الأكثر عرضة ومعاناة من السمنة مقارنة بالأشخاص من الوسط الريفي، وأخيرا حسب المناطق الجغرافية فإنه سجلت معدلات أعلى لمنطقة التل مقارنة بمنطقتي الهضاب العليا والجنوب .

أما فيما يخص معطيات الجدول رقم (16) التي توضح السمنة والإصابة بالداء السكري، فإنه يلاحظ تسجيل معدلات معتبرة للأشخاص الذين يعانون من السمنة بأشكالها الثلاث المذكورة آنفا وأصيبوا بداء السكري، وتتقارب المعدلات بين الجنسين مع إرتفاع طفيف لجنس الذكور، وهذه النتائج تمثل دليل آخر يؤكد أن السمنة أصبحت بمثابة أحد عوامل الخطر الرئيسية التي تساهم في الإصابة بداء السكري.

وما يزيد من تأكيد هذه النتائج الميدانية تلك الدراسة التي قام بها مجموعة من الأطباء الجزائريين بالتعاون مع الجمعية الجزائرية للضغط الدموي (SAHA) سنة 2004 على عينة تتكون من 1478 شخص، منهم 906 إناث و572 ذكور وشملت 6 مناطق من الوطن هي العاصمة، الوسط، الشرق الغرب، الجنوب الشرقي، الجنوب الغربي، وأكدت مدى إرتباط إنتشار ظاهرة السمنة مع ظهور الإصابة ببعض الأمراض المزمنة كما هو الحال بالنسبة لعلاقتها بالضغط الدموي، الذي يعتبر عامل خطر رئيسي في حد ذاته للإصابة بالأمراض القلبية وأمراض غير متنقلة أخرى. [1] ويتضح الأمر أكثر من خلال الجدولين التالين :

[1] Kheire Eddine Merad Boudia, Op.cit, P,P 27,185.

جدول رقم(17): يمثل معدل إنتشار السمنة الإجمالية والإصابة بالضغط الدموي حسب الجنس والسن والمنطقة الجغرافية.

المتغيـــــــرات		العـــــدد الإجمالي	معدل الأشـــخاص المصـــابين بالسمنة الإجماليـــة وبالضـــغط الدموي			معدل الأشخاص من دون السمنة الإجماليـــة والمصـــابين بالضـــغط الدموي		
			المصابين بالسمنة الإجمالية	المصابين بالضغط الدموي	%	غير المصابين بالسمنة الإجمالية	المصابين بالضغط الدموي	%
الجنس	ذكـــور	572	38	21	55.3	534	166	31.1
	إنـــاث	906	202	125	61.19	704	209	29.7
فئـــات السـن	30-18	400	25	9	36	391	33	8.4
	40-30	295	45	13	28.9	250	30	12
	50-40	271	57	36	63.2	214	66	30.8
	60-50	189	51	36	70.6	138	68	49.3
	70-60	164	34	29	85.3	130	97	74.6
	70 فأكثر	143	28	23	82.1	115	81	70.4
المناطـــق الصحيـــة	العاصمة	146	51	39	76.5	195	63	32.3
	الوسط	252	47	24	51.1	205	49	23.9
	الشرق	361	57	35	61.4	304	73	24
	الغرب	237	37	23	62.2	200	72	36
	الجنوب الشرقي	200	31	18	58.1	169	61	36.1
	الجنوب الغربي	182	17	7	41.2	165	57	34.5
المجمـــــــوع		1478	240	146	60.8	1238	375	30.3

المصدر:

Kheir Eddine Merad Boudia, HTA, Hypertension Artérielle, Société Algérienne de l'hypertension Artérielles, Algérie, 2009,P 185.

وللإشارة فإنه هناك إنتشار ملحوظ لنوع من السمنة يسمى بالسمنة البطنية أو (التكرش) L'obésité abdominale في المجتمع الجزائري حديثا، وترتبط هذه المشكلة الصحية بشكل أكبر بالتغير الذي حـــدث

لنوعية الأغذية والكميات المستهلكة والزائد عن الحد الطبيعي منه بين أفراد المجتمع، وهذا بغض النظر عن العامل الجيني أو الوراثي، الذي يلعب هو الآخر دورا بارزا في ظهور الإصابة بالسمنة، ويظهر من معطيات نفس الدراسة أن هذا النوع من السمنة يساهم وبشدة في ظهور الإصابة بمرض الضغط الدموي، الأمر الذي يتضح أكثر من الجدول التالي. (1)

جدول رقم(18) : يمثل معدل إنتشار السمنة البطنية والإصابة بالضغط الدموي حسب الجنس والسن والمنطقة الجغرافية.

المتغيرات		العدد الإجمالي	المصابين بالسمنة البطنية والمصابين بالضغط الدموي			غير المصابين بالسمنة البطنية والمصابين بالضغط الدموي		
			المصابين بالسمنة البطنية	المصابين بالضغط الدموي	%	غير المصابين بالسمنة البطنية	المصابين بالضغط الدموي	%
الجنس	ذكور	572	85	47	55.3	487	140	28.7
	إناث	906	446	238	53.4	460	96	20.9
فئات السن	30-18	400	70	14	20	346	28	8.1
	40-30	295	80	22	27.5	215	21	9.8
	50-40	271	123	61	49.6	148	41	27.7
	60-50	189	98	62	63.3	91	42	46.2
	70-60	164	84	70	83.3	80	56	70
	70 فأكثر	143	76	56	73.7	67	48	71.6
المناطق الصحية	العاصمة	246	112	67	59.8	134	35	26.1
	الوسط	252	94	39	41.5	158	34	21.5
	الشرق	361	126	69	54.8	235	39	16.5
	الغرب	237	92	50	54.3	145	45	31
	جنوب الشرقي	200	64	40	62.5	136	39	28.7
	جنوب الغربي	182	43	20	64.5	139	44	31.7
المجموع		1478	531	285	53.7	947	236	24.9

المصدر:

Kheir Eddine Merad Boudia, HTA, Hypeatention Artérielle, Société Algérienne de l'hypertension Artérielles, Algérie, 2009,P 187.

(1) Kheire Eddine Merad Boudia, Op.cit, P188.

من خلال المعطيات السابقة يتضح أن ظاهرة السمنة باتت تمثل سببا هاما للإصابة بالأمراض المزمنة في المجتمع الجزائري الحديث، حيث أثبتت الدراسة التي قام بها الأطباء بالتعاون مع الجمعية الجزائرية للضغط الدموي، هي الأخرى نتيجة هامة وهي أن معدلات السمنة ترتبط أشد الإرتباط بمرض الضغط الدموي، حيث تزداد الإصابة بهذا المرض كلما إزداد وزن كتلة الجسم، وبخاصة لدى الأشخاص الذين يعانون من السمنة الزائدة عن حد الطبيعي حسب مقياس تصنيف منظمة الصحة العالميةBMI، حيث يلاحظ من معطيات الجدولين رقم (17) و(18) أن الإناث اللائي تعانين من السمنة عامة أو التكرش (ظهور السمنة على مستوى البطن) هن الأكثر عرضة للإصابة بمرض الضغط الدموي، إذ قدر المعدل بـ61.19% و53.4 مقابل معدل قدر في حدود 25% للائي لا تعانين من السمنة بنوعيها، وكذلك الحال بالنسبة لجنس الذكور فقد تم تسجيل معدلات معتبرة قدرت في الجدولين معا بـ55.3% في كلا نوعي السمنة مقابل تسجيل معدل مقدر بـ31.1% وآخر بـ20.9% لدى الأشخاص الذين يعانون من السمنة البطنية.

أما بالنسبة لمتغيري السن والمنطقة الصحية، فيلاحظ بشكل عام تسجيل إرتفاع ملموس لدى الأشخاص الذين يعانون من السمنة، وخاصة على مستوى البطن أو التكرش وهم يعانون أيضا من الإصابة بمرض الدموي هذا مقارنة مع الأشخاص الذين يعانون من السمنة البطنية أو التكرش ولكنهم مصابين بالضغط الدموي. وهذا في العمر الذي تجاوز 40 سنة، الأمر الذي يظهر أكثر في مناطق كالعاصمة والجنوب الشرقي والجنوب الغربي.

ويمكن تفسير الفروق الواردة بين الجنسين في الإصابة بالسمنة كون المرأة لا تعرف إلا الإدخار في الطاقة الغذائية في أغلب الحالات، بحيث لا يوجد لديها نشاطا فيزيقيا كافيا سواء تعلق الأمر بالنشاط المترلي أو حتى غير المزلي، فهي لا تبذل من المجهود العضلي الذي يحرق ما تخزنه من السعرات الحرارية في اليوم مثل الرجل، ويحدث هذا خاصة مع عصر وفرة الماكنات والآلات التي أصبحت تعمل على تقليص المجهود العضلي للمرأة، هذا من ناحية ومن ناحية أخرى يلاحظ أن النسيج الشحمي موزع بطريقة مختلفة بين المرأة والرجل، وإنطلاقا من سن البلوغ وبصفة عامة يوجد عند المرأة طبقة شحميه كثيفة في الحالة الفزيولوجية مقارنة بالرجل، كما يوجد لدى المرأة نسيج دهني يتمركز بكثرة عند المقعدين، الفخذين، الذراعين، المنطقة المحيطة بالصرة، عند الصدر وفي محيط الثديين. [1]

كما يمكن الإشارة إلى أن الزيادة في الوزن لدى المرأة الحامل تعد ظاهرة ملاحظة كثيرا في المجتمعات ويرجع هذا الأمر إلى التنبيه الفزيولوجي الناتج عن حالة الحامل، التي تتطلب مزيدا من القيمة الطاقوية التي يقتضيها الحمل والتي تساوي 150 كيلو حريرة في الثلاثي الثاني من مراحل الحمل، ولأجل ذلك تخضع المرأة الحامل المصابة بالسمنة إلى حمية تتراوح قيمتها الطاقوية من 800 إلى 1000 كيلو حريرة، وينبغي أن تكون هذه الكمية غنية بالبروتينات، الكالسيوم (اللحم الحليب ومشتقاته).

[1] مراد بوزيت، مرض السمنة، أسبابه، مضاعفاته، علاجه، دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر، السنة غير مذكورة، ص 22.

وبشكل عام يلاحظ أن السمنة تمثل أحد أبرز مسببات الأمراض المزمنة في المجتمع، فالمصاب بالسمنة سواءا كان ذكر أو أنثى يعاني من صعوبات جمة ومن مضاعفات خطيرة كما هو الحال بالنسبة لما يحدث للأوعية الدموية بسبب السمنة، حيث نسبة كبيرة من الوفيات قد يكون سببها هو إرتفاع ضغط الدم داخل الشرايين، ويعود إلى كون العجز الذي يصيب الأوعية الدموية التي يتغذى منها القلب L'insuffisance coronaire، مما قد يؤدي مع مرور الوقت إلى حدوث ما يسمى بالجلطة القلبية القاتلة L'insuffisance du myocard، ويرجع الإرتفاع عادة في الضغط الدموي إلى قوة الإحتكاك بسبب الضغط المولد من خلال السمنة وعلى مستوى مختلف الأوعية الدموية، وفي مثل هذه الحالات يواجه الدم صعوبة كبيرة في تدفقه داخل الشرايين، ويمكن أن يتسبب إرتفاع قوي الإحتكاك في تمزق الشرايين في أكثر مكان من الجسم وبالأخص لما يتعلق الأمر بشرايين الدماغ.[1]

كما يمكن للسمنة أن تجعل عضلة القلب تبذل جهدا كبيرا يفوق العادة لتقوم بنشاطها وهذه الأخيرة عادة ما تصاب بالوهن والعجز مع مرور الزمن حتى وإن كان القلب والأوعية الدموية سليمين، أما إذا كان هناك خلل على مستوى عضلة القلب أو إصابة على مستوى الأوعية الدموية فالأمر يزداد تعقيدا أكثر فأكثر، حيث يتسبب في قصور القلب في أقرب وقت ممكن، مما يستدعي المراقبة الطبية للمرضى بالسمنة كقياس ضغط الدم في كل مرة وتسجيل النشاط الذاتي لعضلة القلب...الخ. [2]

إلى هنا تتأكد مسألة أثر زيادة معدلات السمنة في إنتشار مرض الضغط الدموي، داء السكري والقلب، والتي أصبحت أمراض شائعة في معظم المجتمعات عامة بما في ذلك المجتمع الجزائري، وبالأخص في هذه العقود الأخيرة من الزمن، وعليه فالمجتمع الذي يتعرض للتغير الإجتماعي والثقافي السريعين، وعوامل التحديث، يواجه أكثر المعانات من إنتشار ظاهرة السمنة نتيجة ما يحدث للجسم الإنساني في الوسط المجتمعي، إذ يكون عرضة للعديد من التغيرات والتبدلات الناتجة عن الوضع الإقتصادي الحديث.

إن من المشكلات الصحية التي إرتبطت بالسمنة أيضا والتي ظهرت حديثا بشكل واسع في المجتمعات بما فيها المجتمع الجزائري هي مشكلة إرتفاع مستويات الكلسترول في الدم، وهي من أكثر العوامل المؤدية للإصابة بأمراض القلب والشرايين، والتي تعتبر قلة الحركة من أبرز مسبباتها.

ولعل الزيادة في معدلات الكلسترول هي من كان لها الأثر البالغ على صحة ولياقة الإنسان في هذا العصر الحديث، مما زاد في تأثيرها على إرتفاع معدلات الوفاة بين شريحة السكان التي تتجاوز عادة 40 سنة.[3] لأجل ذلك ينصح الفاعلون في مجال الصحة بممارسة التمارين الرياضية التي تقي من هذه النوعية من الأمراض.

---

[1] نفس المرجع، ص-ص 19-20.

[2] نفس المرجع، ص12.

[3] يعقوب يوسف الكندري، المرجع السابق، ص-ص 148-149.

وحسب معطيات نفس الدراسة السالفة الذكر، والتي أجريت في المجتمع الجزائري حديثا من طرف وزارة الصحة والسكان سنة 2003، كذلك في إطار إقتراب "Wise " Step لمنظمة الصحة العالمية، تم إكتشاف أن معدل إنتشار الكلسترول بين السكان أصبح يعرف إرتفاعا كبيرا ويشكل عامل خطر أكبر لظهور الإصابة بالأمراض غير المتنقلة، الأمر الذي يتضح من خلال الجدول التالي:

جدول رقم(19): يمثل معدل إنتشار الكلسترول الإجمالي للمبحوثين حسب فئات السن.

فئات السن	معدل إنتشار الكلسترول أكثر من 2غ/ل	معدل إنتشار الكلسترول ما بين 2-2.4غ/ل	معدل إنتشار الكلسترول أقل أو يساوي 2.5غ/ل
34-25	67.5	29.6	2.9
44-35	63.3	32.6	4.1
54-45	61.5	34	4.5
64-55	57.8	37.4	4.8

المصدر:

Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Direction de la prévention, Mesure des Facteurs de risque des maladies non Transmissible dans deux Zones pilotes (Approche Step " Wise " de L'OMS), Rapport préliminaire, Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Algérie, 2004,P4.

وفي نفس السياق تؤكد نتائج الدراسة السابقة التي أجريت في المجتمع الجزائري سنة 2004 من طرف مجموعة من الأطباء بالتعاون مع الجمعية الجزائرية للضغط الدموي (SAHA)، أن إرتفاع مستوى الكلسترول في الدم له صلة وثيقة مع إرتفاع معدلات الضغط الدموي لدى الأشخاص المصابين بهذا الداء، وتتضح الصورة أكثر من خلال الجدولين التالين :

جدول رقم(20) : يمثل معدل إنتشار الضغط الدموي لدى الأشخاص الذين يعانون من إرتفاع في كلسترول الدم.

المتغيـــــــــرات		العدد الإجمالي	المصابين بإرتفاع الكولسترول			غير المصابين بإرتفاع الكولسترول		
			إرتفاع الكلسترول	إرتفاع الضغط الدموي	%	كلسترول عادي	إرتفاع لضغط الدموي	%
الجنس	ذكـــور	572	66	32	48.5	506	155	30.6
	إنـــاث	906	109	69	63.3	797	265	33.2
فئـــات السـن	30-18	400	14	3	21.4	402	39	9.7
	40-30	295	23	3	13	272	40	14.7
	50-40	271	48	26	54.2	223	76	34.1
	60-50	189	36	26	72.2	153	78	51
	70-60	164	33	24	72.7	131	102	77.9
	70 فأكثر	143	21	19	90.5	122	85	69.7
المناطـــق الصحيـــة	العاصمة	246	21	17	81	225	85	37.8
	الوسط	252	18	11	61.1	234	62	26.5
	الشرق	361	73	38	52.1	288	70	24.3
	الغرب	237	30	21	70	207	74	35.7
	الجنوب الشرقي	200	8	3	37.5	192	76	39.6
	الجنوب الغربي	182	25	11	44	157	53	33.8
المجمـــــــوع		1478	175	101	57.7	1303	420	32.2

المصدر:

Kheir Eddine Merad Boudia, HTA, Hypertension Artérielle, Société Algérienne de l'hypertension Artérielles, Algérie, 2009, P 184.

جدول رقم (21): يمثل معدل إنتشار الكلسترول العالي حسب الجنس والضغط الدموي.

معدل الإنتشار / الجنـــس	معدل إنتشار الكلسترول العالي والإصابة بالضغط الدموي	معدل إنتشار الكلسترول العالي وعدم الإصابة بالضغط الدموي
ذكـــــور	17.10	8.80
إنـــــاث	20.70	7
المجمـــوع	18.9	7.9

المصدر:

Kheir Eddine Merad Boudia, HTA, Hypertension Artérielle, Société Algérienne de l'hypertension Artérielles, Algérie, 2009,P31 .

يلاحظ من خلال المعطيات الخاصة بدراسة وزارة الصحة والسكان أن معدل إنتشار الكلسترول العادي، أي أكثري من 2غ/ل لدى فئة السن 35-44 سنة على سبيل المثال قد قدر بـ63.3%، أما المعدل الخاص بالمستوى المحدد للكلسترول ما بين 2-2.4غ/ل فقد قدر بـ32.6%، في حين جاء معدل الكلسترول الذي حدد مستواه أقل أو يساوي 2.5غ/ل يقدر بـ4.1%، هذا بالنسبة لمعدل إنتشار الكلسترول عامة، أما فيما يتعلق بعلاقة هذا الأخير والإصابة بمرض الضغط الدموي، كما كشف عنه مجموعة الأطباء والجمعية الجزائرية لضغط الدم، فإن الأشخاص الذين يعانون من إرتفاع في مستوى الكلسترول هم الأكثر عرضة ومعاناة من الإصابة بمرض الضغط الدموي، حيث يظهر من معطيات الجدول رقم (20) أنه تم تسجيل أعلى النسب للأشخاص ذوي المستوى المرتفع للكلسترول والمصابين في نفس الوقت بالضغط الدموي، فعلى سبيل المثال سجلت نسبتين معتبرتين لكلا الجنسين هما 48.5% للذكور، 63.3 للإناث، مقابل نسبتين هما 30.6% و33.2% على التوالي للذكور والإناث، ومن الذين لديهم مستوى كلسترول عادي.

أما بالنسبة لفئات السن والمنطقة الجغرافية، فيلاحظ أيضا أن هناك غالبية بارزة في معدلات الأشخاص الذين يعانون من إرتفاع في مستوى الكلسترول والضغط الدموي، مقارنة مع الآخرين الذين لا يعانون من هذا المرض، وبخاصة مع التقدم في السن أي بعد سن 40 سنة فما فوق، وأيضا في منطقة العاصمة التي وصلت فيها النسبة إلى 81%.

ولعل المعطيات المسجلة في الجدول رقم(21) تؤكد هي الأخرى مدى إنتشار معدلات الإصابة بالضغط الدموي بين الأشخاص الذين لديهم معدلات مرتفعة لمستوى الكلسترول، والأشخاص الذين لديهم مستوى كلسترول مرتفع ولكن غير مصابين بمرض الضغط الدموي، وتقدر النسبة للصنف الأول بـ18.9% مقابل نسبة قدرت بـ7.9% للصنف الثاني، وتزداد النسبة لدى الإناث مقارنة بالذكور، حيث يقدر المعدل بـ20.70% للإناث مقابل 17.10% للذكور.

وبناءا على ما سبق فإن إنتشار مرض السمنة يرجع في الغالب إلى الزيادة في نسبة الوحدات الحرارية المكتسبة من الغذاء أو الإفراط في تناول الأغذية الغنية بالكلسترول، ونتيجة لذلك يمكن أن تظهر الأمراض القلبية عن طريق تنبيه الدم لتشكيل الجلطات، وفي هذا الصدد كشفت دراسة حديثة أن أمد الحياة عند المفرطين في تناول الكلسترول بمعدل 200ملغ أو أكثر يوميا يكون أقصر بثلاث سنوات، ويعد الدسم الحيواني المشبع من بين أهم أنواع الدسم الأكثر ميلا إلى الرفع من مستويات الكلسترول في الدم.[1] ولا شك أن تتبع نظاما غذائيا عالي الكلسترول وما يقابله من نقص في الحركة لإحتراق السعرات الحرارية الإضافية، هي متغيرات قد إرتبطت بالتغير في السلوك الإنساني نتيجة الهجرة والإندماج في ثقافة المجتمعات الحديثة، وعلى هذا الأساس يمكن القول أن العوامل الأخرى كالجينات تهيئ الأرضية المناسبة للإصابة بالمرض المزمن، أما عامل السمنة فيدفع به إلى الظهور والتفاقم والمضاعفات في نفس الوقت .

[1] جين كاربر، المرجع السابق، ص-ص 70-71.

المطلب الخامس : أثر تدني مستوى الوعي الصحي على إنتشار الأمراض المزمنة :

إن مستوى الوعي الصحي وبخاصة منه الوقائي يعتبر إجراء من الدرجة الأولى في مجال الصحة، ونقصانه يعد من أبرز العوامل التي تؤثر على مدى إنتشار الأمراض المزمنة في المجتمعات من حيث الوقاية منها ومقاومتها وإتباع وسائل السيطرة عليها، بإعتبار كل إنسان مسؤولا إجتماعيا عن ممارساته اللاوقائية وغير الصحية، لذلك فكلما كان الإنسان واعيا بخطورة المرض وبتدابير الوقاية منه كلما إستطاع أن يحمي نفسه ومن حوله من عدة أمراض، وبالتالي يمكن التقليل من حدة إنتشار الأمراض المزمنة والمعدية على حد سواء، وبهذا السلوك يتمكن الأفراد من ترقية مستواهم الصحي وتجنب الكثير من المخاطر الصحية.[1] يضاف إلى ذلك عمليات التعلم والتعليم والمناقشة بين أفراد المجتمع حول تمكن الفرد من مواجهة مواقف الحياة الإجتماعية الصعبة والضاغطة والمسببة للأمراض النفسية والإجتماعية كأمراض القلب، وضغط الدم والسكري.

إن الوعي الصحي الوقائي يعتبر الوسيلة الفعالة التي يمكن من خلالها إعداد الأفراد لكي يكونوا معافين وسالمين من الأمراض والعلل المختلفة، الأمر الذي يتضح من تلازم المستوى التعليمي مع الممارسات الصحية الإيجابية في نظام حياة الأفراد والجماعات، ومن الأهمية بمكان مضاعفة الجهود في مجال التربية الصحية، وبخاصة بين شريحة الأميين على غرار المتعلمين، لأن شريحة الأمين لا يمكنها الإطلاع على المعلومات المنشورة في الكتب والمجلات، أو فهم النظرية الجرثومية وما إلى ذلك من تعاليم التربية الصحية العصرية، وبناء على ذلك فإن الوصول إلى تحقيق أهداف التربية الصحية يبقى مرهون بالنظام التربوي.[2] إذا تعمل هذه الأخيرة أي التربية الصحية على رفع المستوى الصحي للمجتمع، فكلما إرتفع المستوى الثقافي في المجتمع إرتفعت معه المستويات الثقافية الصحية الأخرى، وزاد التعاون مع المهتمين في مجال الصحة لأجل إتخاذ الإجراءات المناسبة للوقاية من الأمراض والتقليل من إنتشارها، مما يجعل أفراد المجتمع في أحسن الحالات الصحية.[3] ولا تتم هذه العمليات الوقائية بنجاح إلا بترجمة الحقائق الصحية المعروفة وتحويلها إلى ممارسات صحية على مستوى الفرد الأسرة والمجتمع الكلي، وذلك بإستخدام الأساليب التربوية الحديثة والهادفة التي أصبحت تندرج في صميم إهتمامات المجتمعات الحديثة، الأمر الذي يظهر لدى إهتمام الفاعلين في مجال الصحة في المجتمع الأمريكي، ففي سنة 1974 قد أصدر الكونجرس الأمريكي قانون يحدد القيام بالبحوث القومية والتعليم في مجال داء السكري، حيث تم إنشاء الهيئة القومية (N.C.O) من مهامها وضع خطة شاملة لمكافحة مشكلة السكري، وتصنيف هذا الداء كمشكلة إجتماعية وصحية وكذا كمشكلة نفسية، وقد عملت هذه الهيئة على نزع الفكرة الشائعة حول إستقرار داء السكري، وبالطبع كان ذلك في

---

[1] عبد السلام بشير الدويبي، المرجع السابق، ص 65.

[2] حسين عبد الحميد أحمد رشوان، المرجع السابق، ص 269.

[3] أحمد فائق، الأمراض النفسية الإجتماعية، نحو نظرية في إضطراب علاقة الفرد بالمجتمع، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، 2001، ص 61.

سياق عمليات التعليم الطبي أو التثقيف الصحي للأفراد.[1] وهذه محاولات جادة لوضع آليات من خلالها يمكن التأثير على الإدراك الصحي وهذا الأخير يؤثر بدوره على السلوك الصحي الوقائي .

إن بلوغ الصحة العامة والوقاية من مخاطر الأمراض العصرية المزمنة كأمراض القلب الضغط الدموي، السكري يتطلب تعاون الجميع مع القائمين بتوفير الرعاية الصحية وبتحقيق أهداف التوعية والتثقيف الصحي، وفي ما يلي يمكن تلخيص بعض أساليب التوعية والوقاية من هذا النوع من الأمراض:

- تكثيف التوعية الصحية وأساليب الوقاية من الأمراض المزمنة عن طريق وسائل الإعلام بوصفها أداة تعليمية وتسخيرها للنهوض بمستوى الصحة، ولعل للوسائل الإعلامية كالتلفزيون والإذاعة وغيرها دورا هاما في هذا الشأن.[2]الأمر الذي يندرج ضمن مسؤوليات المجتمع الإجتماعية.
- إزالة جميع الحواجز التنظيمية التي تعترض التثقيف الصحي.
- زيادة التوعية والتثقيف في مجال صحة الأسرة فيما يتعلق بمسببات المرض.
- القضاء على ظاهرة الأمية بإعتبارها عاملا يساهم بشكل أو بآخر في تدني مستوى الوعي الوقائي والإجتماعي .
- وضع برامج تدريبية وتعليمية تنمي الوعي الصحي على كل المستويات التي تساهم في إكتساب المهارات وتؤدي إلى تحقيق السلامة الصحية .
- رفع مستوى الطبقات الفقيرة وإرشادها إلى الطرق الصحية للتغذية والعمل على توفير المواد اللازمة للوقاية والنمو.
- محاولة ربط العمل الصحي بالنواحي الدينية، بإعتبار الدوافع الدينية من الدوافع القوية التي حثت على التمسك بالسلوكيات الصحية.[3] ويمكن أن يتم ذلك من خلال المؤسسات الدينية.
- محاولة تصحيح بعض المعتقدات الخاطئة والمفاهيم التي ترتبط بالصحة في أذهان الأفراد وبمعاني لا تمت بصلة إلى الصحة السليمة، ومن الجدير بالذكر هنا أن تطبيق هذه الأساليب التعليمية التوعوية والوقائية ليس بالأمر الهين في أرض الواقع، فهناك العديد من العوائق الثقافية والإجتماعية والإقتصادية التي تعترضها خاصة وأنها ترتبط إرتباطا وثيقا بكيان الفرد ومعيشته، و فيما يلي يمكن حصر البعض من هذه العوائق.
- القيم والتقاليد الثقافية المتوارثة و التي تعمل عادة على تمسك الأفراد بكل ما هو قديم ومنتشر في الثقافة الشعبية هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى مقاومة ما هو جديد في مجال الصحة و الوقاية من الأمراض.

---

[1] عبد الرحمن العيسوي، الإضطربات النفسجسمية، دار الراتب الجامعية، بيروت، ط1، 2000، ص 42.

[2] نفس المرجع ، ص 61.

[3] سلوى عثمان الصديقي، المرجع السابق، ص 96.

- الإعتقاد المبالغ فيه بالقضاء والقدر (المعتقدات الدينية)، مما يدفع بالأفراد إلى التواكل والتخلي عن الأدوار الإيجابية للوقاية من المرض وحتى علاجه.
- إنتشار بعض القيم الخاطئة والمضرة بالصحة كرؤية بعض الأفراد بأن التدخين مظهر من مظاهر الرجولة.[1] يضاف إلى ذلك الأكل الكثير دليل على صحة الإنسان.....إلخ.
- قوة العلاقات الإجتماعية و الأسرية المولدة للشعور بالإلتزام تجاه بعض النصائح والإستشارات غير الطبية في مجال الصحة العامة، حتى وإن كانت خاطئة وخاصة لمن لهم مكانة عالية في العائلة.[2] كما هو الحال بالنسبة للعائلة الممتدة ومثال على ذلك إحترام الزوجة لنصائح أم الزوج عند إستشارتها في أمور الصحة وأحيانا لا تخرج الزوجة لطلب العلاج إلا بإذن أم زوجها.[3]
- الأوضاع غير الملائمة للمعيشة والتخمة كلها عوامل تؤدي إلى مرض السكري وتصلب الشرايين.
- التفاوت بين الأفراد في إدراكهم للأمور الصحية.

ولا شك أن للجهل والأمية بالغ الأثر على إنتشار الأمراض المزمنة في المجتمعات بإعتبار الإنسان وحدة جسمية، عقلية، نفسية، إجتماعية، أخلاقية وفكرية تؤثر عناصرها في بعضها البعض وتتأثر بها، وفي هذا الصدد تكشف البحوث والدراسات أن المستوى التعليمي يتناسب وفقا لعلاقة طردية مع المستوى الصحي للمجتمعات أي بقدر ما يرتفع المستوى التعليمي يرتفع معه المستوى الصحي، وتنخفض معدلات الإصابة بالأمراض، وفي مقابل ذلك فالمجتمعات التي تعاني التخلف في المجال العلمي هي التي تعرف أدنى المستويات الصحية وإنتشارا للأمراض، كما تبقى قاصرة أمام البحث في مسببات الأمراض بالطرق العلمية، وتتزلق وراء التفسيرات الخرافية والغيبية كالجن والأرواح الشريرة والحسد كمسببات للمرض، يضاف إلى ذلك نفورها من تطبيق الأساليب العلمية العصرية التي تقي شر مخاطر الأمراض.[4] وهذا يعني أن إنخفاض الحالة التعليمية يزيد من تمسك المجتمعات بكل ما هو تقليدي في مجال الصحة والأمراض.

كما ترتبط هذه السلوكيات غير الصحية بمجال صحة الأسرة كما أشار علماء الإجتماع إلى أن أهم الترتيبات والتنظيمات الأسرية تساهم بدورها في إنتشار الأمراض، من خلال أنماط التفاعل الإجتماعي التنشئة الإجتماعية المتبعة، فكما هو معروف أن العلاقات الجيدة بين الأبناء والوالدين تساهم في صحة أبناءها.[5] مما يبدو أن العلاقات الأسرية السيئة وما ينجر عنها من ضغوطات أو إهمال للأبناء لها بالغ الأثر على حياة الأفراد النفسية والجسمية، وتزداد المسألة تعقيدا مع التغير الذي حدث للأدوار الأسرية كما هو الحال بالنسبة لخروج المرأة إلى ميدان العمل وإنشغال الأباء وإهماكهم في أعمالهم بشكل كبير، الأمر الذي

---

(1) حسين عبد الحميد أحمد رشوان،الأسرة والمجتمع، دراسة في علم إجتماع الأسرة، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية،2003 ،ص 196

(2) أيمن مزاهرة، عصام حمدي الصفدي، ليلى أبو حسير، علم إجتماع الصحة، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، ط1، 2001 ص135.

(3) حسين عبد الحميد أحمد رشوان، الأسرة والمجتمع، دراسة في علم إجتماع الأسرة، المرجع السابق، ص197.

(4) الوحيشي أحمد بيري، عبد السلام بشير الدوبي، المرجع السابق، ص 82.

(5) نفس المرجع، ص 84.

يؤدي إلى حرمان الأبناء من النصائح والرعاية الصحية، وكل ما يجنبهم الإصابة بالأمراض.[1] إذا فالوالدين يمثلان مصدرا هاما لتثقيف الأبناء صحيا.

إن من أهم العمليات التثقيفية والصحية المؤثرة في صحة الأفراد هي ثقافة التغذية، والتي تعتبر العمود الفقري لحماية صحة الأفراد من الأمراض – إذ صح التعبير – فهي تؤثر في بناء الجسم، النمـــو، الطـــول، الوزن، البلوغ الجنسي، وهذا بالتوازي مع التأثير في جميع نشاطات الفرد الحركية والإجتماعية والنفســـية، لذلك فمن الأهمية بمكان إبراز دور تنمية الوعي الغذائي أو الثقافة الغذائية في تجنب إســـتهلاك الأطعمـــة والمشروبات الضارة الملوثة والزائدة عن حاجة الإنسان.[2] وفي هذا الصدد ينصح العديـــد مـــن الأطبـــاء والمختصين في مجال الثقافة الغذائية بعدم الإفراط في تناول بعض الأنواع من الأغذية التي تنتشر في بعـــض البيئات الإجتماعية كالدهن الحيواني، السكريات المكررة والمصنعة، الكلسترول، ومقادير عالية من الأملاح المعدنية.[3] بالإضافة إلى أن الغذاء الذي يحصل عليه الإنسان من عناصر أساسية يتفاوت إحتياجـــه مـــن السعرات الحرارية وفقا لمستوى المجهود الذي يبذله الشخص، فمثلا الذي يبذل مجهودا متوسطا ليس بحاجة إلى زيادة السعرات الحرارية والتي تكون غالبا في حدود 50% من متطلبات الجسم، في حين أن الشـــخص الذي يبذل مجهودا إضافيا وعنيفا يحتاج إلى 100% من السعرات الحرارية والتي تتناســـب مـــع متطلبـــات جسمه.[4] والحقيقة أن هناك ضرورة للثقافة الغذائية خاصة بسبب ما ينتشر من المفـــاهيم و التصـــورات الخاطئة حول الطعام،من تلك المفاهيم أن الجزر يغسل الكلى وأن الأطعمة الحامضة مثل الليمون تقي من داء السكري والخل يخفف الدم، وأن شرب النبيذ يزيد من الدم، وأن كثرة تناول الفيتامينات مفيد ...إلخ.

وإلى جانب هذا هناك ضرورة للوعي بأهمية النظافة العامة، والتربية البدنية أو النشاط الرياضي، الذي يعتبر الوسيلة الفعالة لحرق ما هو زائد من السعرات الحرارية في جسم الإنسان، ولعل من أبرز الفوائد التي تعود على صحة الإنسان نتيجة قيامه بالنشاط الرياضي تلك التي ترتبط بجسمه وعقله، الأمر الذي ينعكس في تنشيط الدورة الدموية، التنفس، فتح الشهية، تحقيق التوازن، إزالة التوتر وإخراج الطاقة البدنية الزائدة، وفي نفس الوقت يريح الذهن ويرفع من مقدرة تحمل الشخص للمتاعب.[5] وأيضا الإبتعاد عن التـــدخين وشرب الكحوليات أمر ضروري وفي غاية الأهمية بالنسبة لصحة الإنسان العامة ولـــيس فقـــط الإصـــابة بالأمراض المزمنة، نظرا لما تحويه من عناصر ومواد ضارة و مسممة.

وكإستنتاج يظهر الوعي الصحي الوقائي لدى أفراد المجتمع من خلال إحترامهم الكامل للإجراءات الوقائية والإحتياطات اللازمة لجميع نواحي الصحة العامة ومسببات الأمراض المزمنة بوجـــه الخصـــوص، بوصفها أمراض العصر الحديث وتمس بشكل مباشر أو غير مباشر بسلامة الصحة النفسية والجســـمية في

---

(1) مصطفى القمش، خليل معايطة، سحر مخامرة، المرجع السابق، ص 37.

(2) عبد الرحمن العيسوي، سيكولوجية الغذاء، المرجع السابق، ص 51.

(3) نفس المرجع، ص 87.

(4) سلوى عثمان الصديقي ،المرجع السابق، ص 102.

(5) حسين عبد الحميد أحمد رشوان، دور المتغيرات الإجتماعية في الطب والأمراض، المرجع السابق، ص274.

نفس الوقت، وتدل دلالة قاطعة على أن أفراد هذا المجتمع إما أنهم على قدر كبير من الوعي الصحي، وإما أنهم على قدر كبير من تدني مستواهم الصحي مادامت أمراض مرتبطة بمشاكل الطب الحديث، وعلى الرغم من تطور الأساليب الوقائية التي تمنع المرض المزمن من التطور فإن كثير من الجماعات السكانية لا تأخذ بهذه الأساليب الوقائية.

وهكذا يظهر لنا أن تهديد غزو الأمراض المزمنة ما يزال قائما في بعض المجتمعات إن لم يكن في معظمها، ويرجع ذلك أساسا إلى تمرد الجماعات السكانية و رفضها الأخذ بالسبل الوقائية التي قدمها العلم الحديث، وبالتالي فإن مسألة تقليل شدة المرض المزمن تتضح أنها مسألة تحتاج إلى وقت طويل لأن المسألة ليست مجرد تطبيق طرق الصحة العامة فقط، وإنما هي مسألة شديدة التعقيد، وبسبب ذلك أصبح عامل الوعي الصحي الوقائي يحتل مكانا متقدما في تخفيف حدة الأمراض المزمنة، كما أصبح يولى المهتمون بمسائل إنتشار الأمراض العصرية المزمنة والمسائل الإجتماعية والتربوية، أهمية كبرى لعملية التنشئة الإجتماعية أو ما يطلق عليها أحيانا التطبيع الإجتماعي الصحي، والتي من أهم جوانبها مثلا أن الطفل الذي يذهب إلى المدرسة يأتي إليها بعد تكوين صحي معين في المأوى الأسري أو الحي أو القرية، وتستمر معه مؤثرات هذه التنشئة في المدرسة وأثناء مرحل الدراسة وبعدها، وعلى هذا الأساس فالسبيل إلى التنشئة الصحية أو التطبيع الإجتماعي الصحي يبدأ من المأوى الأسري ودور الحضانة والحي والقرية ، ويستمر ملازما لمراحل الدراسة إذ أريد تكوين جيل يمارس عادات و يخضع لقيم صحية سليمة تقيه شر مخاطر الأمراض المزمنة، كما تقول الحكمة « من شب على شيء شاب عليه » ،وهذه الأخيرة لها وزنها في مجال الوعي الصحي الوقائي وحتى التنشئة الإجتماعية الصحية الجيدة.

المطلب السادس : المستوى المعيشي ودوره في إنتشار الأمراض المزمنة.

إن التفاوت في المستوى المعيشي أو الإقتصادي يعكس تماما التفاوت في المستوى الصحي بين المجتمعات، وحتى على مستوى المجتمع الواحد فهو يمثل معيارا هاما لقياس المستوى الصحي للفرد، الأسرة والمجتمع، كما يمثل أيضا أحد أبرز العوامل التي ترتبط بقضيتي الصحة والمرض في العالم، إذ يلاحظ أن الصحة والمرض يرتبطان إرتباطا وثيقا بالفقر والغنى ، فليس حتما أن يكون الفقراء أكثر تعرضا للمرض المزمن من الأغنياء، فمن الممكن جدا للفقر أن يسبب المرض المزمن، بما يفرضه على الفقراء من سوء التغذية أو سوء المسكن..الخ، كما أن الغنى يمكن أن يكون سببا للكثير من الأمراض المزمنة، مما يوفر لأصحابه من إسراف في المأكولات والمشروبات ذات المكونات الخطيرة على الصحة بالإضافة إلى اللهو والترف.[1] ولا يخفى على أحد أن الموت مرتبط هو الآخر بالغنى والفقر، فقد أوضح مسح أجري في المجتمع الأمريكي أن معدل الوفاة بين العمال غير المهرة يزيد بضعفين عن معدله من العمال المهرة، وفي العائلات التي قدر دخلها

[1] نفس المرجع، ص 254.

بـــ500 دولار، قدر معدل الوفاة بـــ186 وفاة لكل 1000 مولود، بينما في العائلات التي قـــدر دخلـــها بـــــ3000 دولار فأكثر، فقد قدر معدل الوفاة فيها بـــ30 حالة لكل 1000 مولود.[1]

ومن الملاحظ أيضا عن هذه العلاقة الثابتة بين الحالة الإقتصادية والحالة الصحية وإنتشار الأمـــراض المزمنة في أي مجتمع، ذلك الإرتباط البارز بين الطبقة الإجتماعية ومستواها الصحي، بإعتبار لكل طبقة من طبقات المجتمع ما يميزها عن غيرها من خصوصيات وسلوكيات وممارسات صحية وغير صحية مـــؤثرة في مستوى ومدى مقاومتها للأمراض، وسواء كانت طبقة دنيا أو وسطى أو عليا، فالبناء الطبقي في المجتمعات الريفية يختلف عن المجتمعات الحضرية، وعلى سبيل المثال فالإرتفاع النسبي في المستوى الطبقي في المجتمعات الحضرية يضم عادة إلى الطبقة العليا أعداد هائلة من أصحاب المهن الراقية وحاملي مستويات التعليم العليا والوظائف الرفيعة وذوي المداخل العالية، وأصحاب السكنات الفارهة، مما يرسم معالم حياة أفضل من تلك المستويات المتوفرة في المجتمـــع الريفي، فقد أوضحت نتائج الأبحاث والدراسات، الإجتماعية والإقتصادية بأن هناك دورا هاما تلعبه الطبقة الإجتماعية في الصحة والمرض، ولعل أهم نتائج تلك الدراســـات هـــي تسجيل معدلات مرتفعة لحدوث أمراض القلب والجلطات بين أفراد الطبقة العليا، وكذلك معدلات أخرى مرتفعة للوفيات عامة ووفيات الأطفال الرضع بوجه الخصوص تختلف بإختلاف الطبقات، وترتبط في أغلب الحالات بالفقر والطبقات الدنيا.[2] وحقيقة فإن الضغوط والمشكلات الحادة التي تعترض الحياة اليومية لأبناء الطبقات الإجتماعية تختلف وتتفاوت في نفس الوقت من حيث شدتها ودرجة التأثير في حدوث الأمراض ومقاومتها، ففي معظم الحالات يلاحظ أن أبناء الطبقة الفقيرة يعانون أكثر وبشدة من المشكلات والضغوط الإجتماعية والإقتصادية، الأمر الذي يعرضهم إلى هزات نفسية مؤلمة تساهم في إصابتهم بالأمراض النفسية والإجتماعية، هذا مقارنة بما يعانيه أبناء الطبقة الغنية.[3] ولكن في جوانب معينة كالجانب المادي مثلا، لأن لكل طبقة ممارساتها المرتبطة بالصحة والمرض.

ولعل من أبرز الأمراض التي تتأثر بشكل مباشر بالهزات والصدمات النفســـية والإجتماعيـــة هـــي الأمراض المزمنة، كما سبقت الإشارة إليه كالضغط الدموي، الداء السكري وبعض أمراض القلب، الأمـــر الذي أكدته عدة دراسات، حيث أظهرت أن زيادة الإصابة بالأمراض المزمنة بين الأفراد الذين كتب لهـــم العيش في وسط الطبقات الفقيرة دون سواهم من أفراد الطبقات الغنية، نتيجة الفارق الكـــبير في مســـألة الدخل.[4] فهذا الفارق الكبير في الدخل يولد نوع من التنافس والطموح لدى هؤلاء لتغيير نمط المعيشـــة، والسعي دائما للوصول إلى وضع طبقي أعلى لتحقيق مكانة إجتماعية أرفع، والإنتقال أو الهجرة – الحراك الإجتماعي – إلى مكان آخر، وبالأخص عند الإنتقال من مجتمع تقليدي إلى مجتمع حديث يعتمـــد علـــى

---

[1] نفس المرجع،ص 254 .

[2] أيمن مزاهرة، عصام حمدي الصفدي، ليلى أبو حسير، المرجع السابق، ص- ص 130-131.

[3] إحسان محمد الحسن، المرجع السابق،ص 199.

[4] طارق السيد، المرجع السابق، ص 78.

الإقتصاد الحر، هذا ما ينعكس على السلوك الإنساني في السعي نحو إستهلاك معدل عال من المواد والمقتنيات المادية والمعيشية في ظل ظروف ووضع إقتصادي محدود.

وفي هذا الشأن بينت الكثير من الدراسات أن الأشخاص الذين يحاولون الحصول على مواد مادية غالية القيمة لأجل المعيشة هم أكثر الأشخاص تعرضا للإرتفاع في ضغط الدم، وهم يعيشون غالبا في ضغوط كبيرة وفي حالة عدم إستقرار نفسي، تظهر من خلال التناقض بين طموحاتهم الشخصية في الحصول على الماديات وبين مداخليهم الإقتصادية المحدودة.[1] كما يمكن للدخل أن يؤثر حتى في مواقف أبناء الطبقة الإجتماعية تجاه المرض، فالأغنياء عادة يتجهون إلى الطبيب فور شعورهم بالمرض ويشترون الأدوية الغالية وذات الكفاءة، بينما الفقراء يأجلون الإستشارات الطبية، نظرا لظروفهم الإجتماعية الصعبة ولا يشترون في الغالب الأدوية ذات الكفاءة .[2]

إذن فالدخل يعتبر عاملا هاما في تحديد مكانة الطبقة السوسيو-إقتصادية والمهنية وعلاقة ذلك بإنتشار الأمراض المزمنة، خاصة وأن المداخيل تتوزع غالبا توزيعا غير عادل في جميع المجتمعات، فدخل الكثير من الأفراد وثرواتهم أعلى من دخل وثروات البعض الآخر، وما يصاحب هذا التفاوت من إختلاف في أسلوب الحياة المعيشية والصحية في كل طبقة عن أخرى.[3] وفي الحقيقة والواقع يلاحظ أن أنواع من الأطعمة وأسلوب تناولها كما أن كل طبقة تختلف في إستغلال وصرف مدخولها بطريقة تختلف عن الأخرى، حتى بين الطبقات الوسطى نفسها، فعلى سبيل المثال فأفراد الطبقات العليا يهتمون بإقتناء أكثر الكماليات والإسراف في المأكولات والمشروبات، أما أفراد الطبقات الثانية فهم محرومون حتى من بعض ضروريات العيش، وتفسير ذلك أن الغنى والفقر وما يرتبط بهما من ظروف العيش السيئة، يؤديان إلى إحتمال أكبر للإصابة بالمرض المزمن.[4] يضاف إلى ذلك إنخفاض مستوى المقاومة للأمراض الناتج عن سوء التغذية وبالأخص لدى الفقراء والأسر ذوي الدخل المنخفض، مما يجعلهم تحت وطأة الظروف غير الصحية المستمرة والسريعة التأثير في الإصابة بالمرض، فقد أثبتت دراسة أجريت في إحدى المدن الأمريكية ذات الدخل المحدود أي أقل من 1000 دولار في السنة ترتفع نسبة الأمراض لديها إلى 66% أكثر من الأسر ذات الدخل العالي أكثر من 1000 دولار في السنة، ووفقا لتقرير الأمم المتحدة حول دخل الفرد في السنة تبين أن هناك علاقة مطردة بين الوضع الإقتصادي وبين نسبة التعليم ومستوى التغذية ووفيات الأطفال الرضع وتوقعات الحياة عند الولادة.[5] وهذا يعني أن المال هو عصب الحيات الإجتماعية والحالة الصحية معا .

---

(1) يعقوب يوسف الكندري، المرجع السابق، ص 330.

(2) طارق السيد، المرجع السابق، ص78.

(3) Jean -Marie Tremblay et autres, Liens entre le statu socio-économique et la santé, Direction de la santé publique, Régie Régionale de la santé et des services sociaux de Québec, Ministère de la santé et des service sociaux, Avec la collaboration de bureau de la statistique du québec, Canda, 1995, P 59.

(4) حسين عبد الحميد أحمد رشوان، دور المتغيرات الإجتماعية في الطب والأمراض، دراسة في علم الإجتماع الطبي،المرجع السابق، ص 314.

(5) الوحيشي أحمد بيري، عبد السلام بشير الدويبي، المرجع السابق، ص 86.

ولعل ما يزيد من تعقيد الحالة الصحية للأفراد وإنتشار الأمراض المزمنة هو تدهور الوضع الإقتصادي والمهني للمجتمع الكلي، فالبطالة تعد من أهم العوامل المولدة للضغوط الإجتماعية والنفسية لدى الأفراد، حيث يعتقد عدد غير قليل من الباحثين أن التذبذب الذي يصيب الأوضاع الإقتصادية في المجتمع تنجم عنه آثار سلبية على مستوى الحالة الصحية النفسية والجسمية لعدد معتبر من السكان، كما يمكن للمشكلات الإقتصادية أن تصنف ضمن أبرز مصادر الضغط الشديد والقلق والإجهاد، الأمر الذي يراه العديد من الأطباء وعلماء الأمراض النفسية من أهم الأسباب التي تؤدي إلى الإصابة بالأمراض النفسية وحتى الجسمية مثل الداء السكري، أمراض ضغط الدم والأمراض القلبية.[1]

إن إمكانات الأفراد والأسر المادية تعد من أهم العوامل التي تتحكم في تحديد الوجبات الغذائية، مما يؤدي إلى الوقوع في سوء التغذية، والتي تمثل الحالات المرضية التي تنتج عن النقص النسبي أو الكلي للعناصر الغذائية، أو عن الزيادة النسبية أو الكلية لأحد العناصر الغذائية كذلك، بإعتبار عدم تناول عنصر أو أكثر أو تناول كميات غير كافية من العناصر الغذائية أي ما يسمى بقصور الأطعمة خاصة التي تحتوي على الطاقة أو السعرات الحرارية، مما يؤدي حتما إلى مشاكل صحية وحالات مرضية كنقص النبض وإنخفاض ضغط الدم ...الخ، كما وأن تناول كميات زائدة من الطعام كالزيادة في المواد الدهنية تؤدي هي الأخرى إلى حالات مرضية مثل السمنة التي تتبع عادة بإنسداد في الشرايين القلب، إرتفاع في الضغط الدموي والداء السكري.[2] وهذه أمراض تؤثر في بعضها البعض من جهة المضاعفات .

ويضاف في هذا الصدد أن المشكلات الأسرية التي تنتج عن جوانب الحياة المادية كضيق المسكن الأسري وزيادة حجم الأفراد فيه والصراع الزواجي والأسري وغيرها، تعتبر أحد أبرز العوامل المولدة للضغوط اليومية والحالات المرضية لدى إنسان هذا العصر، بل تعتبر من أهم المشكلات التي إرتبطت بالتغير الإجتماعي السريع، فقد أشار "يعقوب يوسف الكندري" في دراسة سنة 2000، إلى جوانب عديدة من الصراعات الأسرية التي من الممكن أن تنتج إزاء وجود الأسرة الممتدة والكبيرة الحجم في مترل واحد، فالأسرة التقليدية عادة ما تفرض وجود أفرادها تحت سقف واحد ويشتركون في مطبخ واحد، مما يولد الصراعات والتعرض للضغوط التي تؤثر على صحة الفرد في وسطها، وهذا بدوره يؤدي إلى إرتفاع في معدلات ضغط الدم، كما حدث للأسرة الكويتية محل الدراسة المشار إليها.[3] وهذا يعني أن البيئة الأسرية غير الملائمة وغير المستقرة قد تكون مصدرا للضغوط والأمراض المزمنة .

ومما سبق ذكره يتضح بأنه حيثما إنتشرت ظروف الفقر والجهل والإزدحام وسوء المسكن وإنخفاض الدخل وغياب النظافة وتدني المستوى الصحي وسوء التغذية والصراعات الأسرية، وغيرها مما يولد الضغوط اليومية لدى الأفراد، زادت إحتمالات الإصابة بالأمراض المزمنة هذا من جهة، ومن جهة أخرى حيثما

---

[1] نفس المرجع،ص 87.

[2] سلوى عثمان الصديقي، المرجع السابق، ص-ص 162-163.

[3] يعقوب يوسف الكندري، المرجع السابق، ص 264.

إنتشرت الرفاهية وإرتفاع مستوى الدخل وسوء صرفه، بالإكثار من إستهلاك الأطعمة الحيوانية والدهنية وقلة الحركة وإستخدام المواصلات وغيرها، إزداد كذلك إحتمالات الإصابة بهذا النوع من الأمراض .

المطلب السابع : الضغوطات الإجتماعية والنفسية وتأثيراتها في الأمراض المزمنة.

إن الأحداث الحياتية المؤلمة التي تفرز ضغوطات إجتماعية ونفسية هي سمة أساسية في جميع المجتمعات الإنسانية دون إستثناء، غير أن هذه الألفاظ أصبحت مرادفة ومتلاصقة مع الحياة العصرية والحديثة، لذلك يطرح التسائل هنا، ما الذي جعل الكثيرون يربطون بين الأحداث الضاغطة الإجتماعية والنفسية وبين المجتمع الحديث من ناحية، وعمليات التغير الإجتماعي والثقافي من ناحية أخرى؟ وما مدى تأثيرها على إنتشار الأمراض العصرية المزمنة؟

قبل البدء في الإجابة عن هذا التساؤل يمكن الإشارة إلى طبيعة العلاقة التي تربط الأحداث الأليمة والضاغطة بالمرض المزمن، حيث يظهر هذا الأمر من خلال علاقة التلازم الموجودة بين سمات الأفراد وإستجاباتهم هذا من جهة، ومتطلبات الحياة الإجتماعية، البيئة الطبيعية والإقتصادية من جهة أخرى، لذلك فأي إخفاق في التكيف على المستوى البيولوجي ليس بالضرورة مرده إلى قصور في سمات الأفراد فقط، وإنما مستوى التلائم بين الفرد والمكانة الإجتماعية التي يحتلها ضمن الجماعة والمجتمع له دور كذلك في شأن تكيف الأفراد إجتماعيا، بإعتبار مسألة التكيف الإجتماعي لها ما يبررها من حيث التداخل في عناصرها كما يحدث بين مهارات الأفراد وعناصر سيكولوجية وإجتماعية أخرى.[1] وهذا يعني أن الفرد بمكوناته النفسية والجسدية يتأثر من دون شك بالبيئة الإجتماعية وأحداثها وآلامها وضغوطاتها، ومن المؤثرات والعوامل التي تدخل في تكوين هذه العلاقة أيضا، العامل الإنفعالي الذي يلعب دورا هاما في تحديد معالم شخصية الفرد وتكوينه النفسي وحل مشكلاته، وتطلق كلمة الإنفعالي على الحالات الذهنية التي تنتج عنها تغيرات جسمية ونفسية، ويتضح أن نسبة عالية من هذه الحالات تظهر في فترات معينة في حياة الأفراد حينما يقابلون ظروف إنفعالية معينة ويمرون بفترة من الحزن غير طبيعية و لم يتكيفوا لهذه الظروف تكيفا طبيعيا.[2] وعليه فهذا التأثير الإنفعالي و الوجداني يمس مباشرة بصحة الفرد و المجتمع معا، مما دفع بالأطباء أن يشددوا في النصح دائما على تجنب الإنفعالات النفسية بإعتبارها ضارة للأصحاء وحتى لمرضى القلب، فالملاحظ أن كثير من الإضطرابات القلبية وتقطع النفس وسرعته وإضطراب الدورة الدموية، يكون سببها الإنفعالات النفسية و إن كانت الحياة اليومية لا تخلو من بعضها.[3] ومن الجدير بالذكر هنا أن هذه الضغوط الإنفعالية تعد من أهم مسببات الأمراض السيكوسوماتية التي تعتبر -حسب إستخدام جمعية الطب العقلي الأمريكية- للإصطلاح سيكوسوماتيك للإشارة إلى الإضطرابات التي تكون فيها العوامل الجسمية والسيكولوجية والإجتماعية والثقافية مأخوذة بعين الإعتبار، كما تعني هذه الأخيرة كل

---

[1] سلوى عثمان الصديقي، المرجع السابق، ص69.

[2] إقبال إبراهيم مخلوف، المرجع السابق، ص 91.

[3] مصطفى القمش، خليل معايطة، سحر مغامرة، المرجع السابق، ص 159.

الإضطرابات التي تصيب أجهزة الجسم وتترك آثارا فيزيولوجية كالخلل الذي يحدث في الجهاز الهضمي وجهاز الأوعية الدموية والقلب وغيرها.[1] كما يتضح من التصنيف الأخير لهذا النوع من الإضطرابات لجمعية الطب العقلي الأمريكية، على أنها تدخل ضمن الإضطرابات ذات الشكل الجسمي، وتنتج عادة عن الصراعات النفسية و مختلف المسببات النفسية، ولعل من أهمها الضغوط الشديدة و المتزايدة و بالأخص عندما يصبح الإنسان في حالة لا حول له و لا قوة، و لا يتمكن من دفع الضرر والتهديد عن نفسه كما هو الحال بالنسبة للسجن الطويل والنفي في المعسكرات، حيث يمكن أن تستمر هذه الآثار النفسجسمية الضاغطة لمدة تصل إلى ثلاثين عاما، ولقد تمت ملاحظة هذه الحالة على مجموعة من عمال المناجم سقط فوقهم المنجم، و بقوا عدة أسابيع في وضع سيء حتى تم إنقاذهم، مما جعل آثار معاناتهم من هذه التجربة القاسية تستمر أكثر من عشر سنوات.[2]

إن العوامل و المؤثرات النفسية تدخل في كافة ما يقوم به الإنسان، لذلك يعد كل من الصراع والإحباط و ما يترتب عليهما من نتائج من أهم ما يؤثر في سلوك الفرد، لأن التوتر الناشئ عنهما قد يصل إلى درجة لا يتحملها الفرد فتضطرب شخصيته لما يستنفذ التوتر من الطاقة اللازمة للتوازن الشخصي، كما أن القلق الذي لا تخلو حياة الإنسان منه فمن وجهة النظر المرضية ينشأ من عجز الفرد عن حل صراعاته، ويكون نقطة البداية لكل ألوان سوء التوافق و إضطراب الشخصية.[3] يضاف إلى هذا الصدمة النفسية والإجتماعية التي تعزى إلى عوامل الضغط كذلك، حيث تمثل رد فعل يعبر عن الإرتباك و الحيرة إزاء موقف أو حدث معين، والمتفق عليه أن الصدمة التي تبلغ شدتها درجة إحداث الشلل العاطفي هي رد الفعل الأولي في جميع الأحوال، و قد تحدث ردود فعل أخرى بشكل شائع و لكن بدرجات مختلفة و كل شخص له طريقته الخاصة، يمكن أن تتميز بالشجاعة لدى البعض أما البعض الآخر فقد يفقد السيطرة على عواطفهم، وفي كلتا الحالتين فإن الصدمة تكون قد أفسدت بشدة طرقهم العادية في التعامل مع المشكلات.[4] وإلى هنا يظهر الدور الذي تلعبه الشخصية ومختلف العناصر المكونة لها إزاء الأحداث المؤلمة و الضاغطة من حيث شدة ودرجة تقبلها وإستقبالها، ولعل مقياس التفاؤل والتشاؤم يعتبر أحد أبرز المحاور في تحديد نمط شخصية الأفراد و علاقتها بالأوضاع الصحية، بإعتبار إنعكاس شخصية الفرد على هذه الأوضاع تختلف من شخص لآخر، لأن النظرة إلى الأمور من عين ورؤية مختلفة، وبدون شك تعطي إستجابة صحية مختلفة أيضا.

وعلى هذا الأساس فالشخصية المتفائلة تعد من أكثر الشخصيات إستجابة وإمتصاصا للضغوط من الشخصية المتشائمة، والتي يمكن أن تنعكس على صحة الفرد وأمراضه.[5] وحقيقة أن النفسية الإيجابية

---

(1) كامل محمد عويضة، المرجع السابق، ص 130.

(2) عبد الرحمن العيسوي، في الصحة النفسية والعقلية، دار النهضة للطباعة والنشر، بيروت،1992،ص 189.

(3) أحمد محمد حسن صالح وآخرون،الصحة النفسية وعلم النفس الإجتماعي و التربية الصحية،مركز الإسكندرية للكتاب،الإسكندرية، السنة غير مذكورة، ص-ص 35-37.

(4) عبد المحي محمود حسن صالح،الصحة العامة بين البعدين الإجتماعي والثقافي،دار المعرفة الجامعية،الإسكندرية،2003 ،ص 226 .

(5) يعقوب يوسف الكندري،المرجع السابق، ص-ص 257 -258

تعتبر من الأمور التكيفية التي تساعد الفرد على تقبل الضغوط و الأحداث اليومية الضاغطة بصورة تعمل على إمتصاص هذا النوع من الإضطرابات، ذلك أن المثير الخارجي قد يكون متعبا ويؤدي إلى إحداث المشكلات في جسم الإنسان غير أن الشخصية أو النفسية المبتهجة والمنفتحة، هي التي تستطيع إمتصاص هذا المثير الخارجي وتحويله إلى عرض تكيفي، فهذا النوع من الشخصية تساعد على الإلهام في التقليل من حدوث الأمراض سواءا كانت نفسية أو جسمية.[1] لذلك فالطرق العلاجية تكمن أهميتها في تحويل النفسية والشخصية وتوجيهها نحو الوجهة الصحيحة، ولعل أبرز هذه الطرق تلك المتبعة في الدين الإسلامي عند الرجوع إلى التفكير الإيماني والأحكام الإسلامية و القيم و المعايير و الأخلاقيات وغيرها، فجميعها تساهم في، إحداث تغييرات نفسية وشخصية كبيرة في حياة الإنسان.[2] ومنه يمكن القول أن إنسان هذا العصر يحتاج أن يدرب نفسه على الصبر و الإسترخاء و الهدوء و الإبتعاد عن مواطن الإنفعالات الشديدة، وأن يرجع إلى عقيدة الإيمان بالله تعالى ليجد السكينة و الطمأنينة حتى يشعر بما قسم الله له، وهناك عوامل أخرى مسببة للضغوط لا تقل أهمية عن السالفة الذكر قد إرتبطت إرتباطا وثيقا بالتغير الإجتماعي السريع و المفاجئ، ومع إزدياد سرعة نمط الحياة الحديثة، وتعقدها وزيادة حدة المنافسة والأزمات الإجتماعية والإقتصادية والتوترات السياسية والحروب المحلية والإقليمية، وحالات الإفلاس أو الطرد من الوظائف أو العمل والهجرة والإنتقال، وكل ما يهدد أمن وإستقرار الأفراد والمجتمعات حاليا، فجميع هذه العوامل تلقي بأعباء ثقيلة على ذهن الإنسان وتجعله يشكو أو ينوء بما يحمل من أثقال فيخر مريضا بأحد هذه الأمراض السيكوسوماتية أو النفسجسمية، والتي من أكثرها إنتشارا في هذه الأيام، الضغط الدموي، مرض البول السكري، وبعض أمراض القلب وغيرها.[3]

وللتفصيل أكثر في سياق مناقشة هذه العوامل والإجابة عن التساؤل المطروح في البداية، فقد أثبتت العديد من الدراسات مدى مساهمة هذه النوعية من الأحداث الإجتماعية والنفسية في إنتشار هذا النوع من الأمراض في المجتمعات حاليا، وعلى سبيل المثال قد أشارت دراسة "إحسان محمد الحسن" حول دور العوامل الإجتماعية المؤثرة في المرض والوفاة إلى أهم هذه المسببات المولدة للضغوط والآلام النفسية والجسمية في حياة الأفراد اليومية، ومن ذلك الأحداث المؤسفة أو المؤلمة كوفاة أو فقدان القريب أو مرض أحد أفراد العائلة فهي عومل تعتبر من أهم أسباب الإجتماعية المؤدية إلى الأمراض النفسية والجسمية كضغط الدم المرتفع أو المنخفض وأمراض القلب... الخ.[4] ضمن هذا الإطار تمثل الحالة الأسرية أو الوضع الأسري عامل آخر يضاف إلى خطر الإصابة بأمراض نفسية بدنية، ونظرا لما يخلقه من مشاكل أسرية وزوجية وطلاق وما يتبعها من مشكلات علائقية، تجعل الأبناء عرضة للضغط، والقلق والشد النفسي

---

[1] نفس المرجع، ص-ص، 258-258.

[2] نفس المرجع،ص259.

[3] عبد الرحمن العيسوي، سيكولوجية الغذاء، المرجع السابق، ص 10.

[4] إحسان محمد الحسن، المرجع السابق، ص235.

والجسمي.[1] ولا يخفى أن هناك صلة وثيقة بين حياة الإنسان النفسية والجسم والغذاء، إذ يمكن أن تحدث إضطرابات عديدة تصيب صحة الفرد، لها إرتباط بمسألة إستهلاك الأطعمة كما يحصل في حالة حدوث نقص في الشهية العصبي (نتيجة القلق) والشره أثناء تناول الطعام، وحتى في حالة معاناة الشخص من البدانة.[2] وهذا يعني أن البيئة الأسرية وما تتضمنه من سلوكات وعلاقات إجتماعية هي السمة الأساسية لصحة الفرد.

ومن الجدير بالذكر أيضا هو سلوك التعبير عن مجموعة الأعراض الناتجة عن الأحداث الأليمة والضغوط الإجتماعية والنفسية، فالفرد عندما يفشل في التحكم في المصادر التي تسبب له الضغوط السلبية فإن جسمه يمر بخبرة أو حالة تعرف بالمواجهة أو الهرب، حينها تزداد ضربات القلب ويتحول الدم من الأطراف إلى العضلات الداخلية، وتتسع حدقة العين ويسري الأدريالين في الدم، ويتحول التنفس من الحجاب الحاجز إلى الصدر ويشبه البعض هذه الحالة بالسيارة السائرة مع تشغيل فرامل الطوارئ، فمن الصعب لسائق السيارة أن يتحصل على القوة والسرعة المتوفرة بها، كما أن وبالمقابل إستمرارية ذلك من شأنه إحراق وتلف فرامل السيارة، والشيء نفسه يحصل لجسم الإنسان إذا إستمرت الضغوط دون عمل إيجابي من جانب الفرد.[3] ولعل ظهور الأعراض يكون مع إستمرار المصادر المسببة للضيق، وللتنبيه هنا فإنه لا تظهر جميع الأعراض في وقت واحد ولا على جميع الأشخاص، فلكل شخص ضعفه ولكل واحد إمكاناته الخاصة، والأهم من ذلك لكل واحد عالمه الخاص به ومن ثم إدراكه المميز للمواقف الحياتية.[4] وعليه يمكن القول بأن كل جهاز وعضو في جسم الإنسان له نصيب من التأثر بالضغوط ومن ثم الإصابة بهذا النوع من الأمراض، كما أن هناك تفاعل قوي ومستمر بين قوى الإنسان الجسمية والنفسية إلى درجة أنه إذا إنفعل الإنسان وتأثر بإنفعاله أو خوفه كان لذلك آثار مباشرة على جسمه .

المطلب الثامن : عوامل أخرى متفرقة ومتسببة في الإصابة بالأمراض المزمنة.

في ضوء هذا العنوان العام يمكن الإشارة إلى أن هناك عوامل متعدد تتواجد في مناحي الحياة الإجتماعية والصحية للأفراد، وتؤثر من قريب أو من بعيد في الإصابة بالأمراض المزمنة كأمراض القلب، ضغط الدم والسكري، وهذا على غرار ما سبق التطرق إليه من عوامل تركزت أساسا على الظروف العامة للمجتمع كالأحداث الضاغطة والنواحي المادية والعلاقات الإجتماعية والحياة العائلية والعادات الغذائية

(1) الوحيشي أحمد بيري، عبد السلام بشير الدويبي، المرجع السابق، ص 84.

(2) عبد الرحمن العيسوي، سيكولوجية الغذاء، المرجع السابق، ص 18.

(3) علي عسكر، ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها، الصحة النفسية والبدنية في عصر التوتر والقلق، دار الكتاب الحديث، الكويت،ط1، 2000، ص 43.

(4) نفس المرجع، ص 43.

السيئة ...الخ، لقد أسهمت عوامل متفرقة كثيرة جدا لا يمكن حصر جميعها في هذا الموقع على أنها قد تكون سببا مباشرا أو على الأقل تساعد على حدوث الأمراض العصرية المزمنة السالفة الذكر، خاصة لمن لديهم الإستعداد لذلك، ومن هذه العوامل تعاطي الكحول والمخدرات والتدخين بكميات كبيرة، قلة النشاط الحركي وبعض أنواع الأدوية والهرمونات وبعض الأمراض، بالإضافة إلى بعض المسببات الخلقية (الولادية)، وأخيرا أسهمت أيضا بعض أنواع الأغذية الملوثة والبيئات الملوثة، والحديث عن هذه العوامل طويلا جدا، ولكن يكفي تبيان في كلمات قليلة بعض هذه العوامل.

1- أثر التدخين والمشروبات الكحولية على الإصابة بالأمراض المزمنة:

يعلم الجميع بأسماء الكثير من المواد الضارة في صحة جسم الإنسان، بدون معرفة الأضرار التي تلحقها بخلايا الجسم، والإنسان معروف عنه أنه يتمادى في ممارسة السلوك الضار ولا يتوقف عن ممارسته حتى وإن إمتلك معلومات تؤكد ضرر ذلك السلوك في المستقبل على مستوى صحته وأوضاعه المادية، ولعل من أبرز السلوكات الضارة التي يمارسها الإنسان تتمثل في التدخين، الإدمان وبعض المظاهر السلوكات التعودية الأخرى كتعاطي الخمور والمخدرات والمقامرة وحتى الإسراف في تناول الغذاء.[1] وهذه السلوكات لها ما يبررها من الآثار السلبية المحسوبة على صحة الإنسان وإصابته بأمراض تكون قاتلة أحيانا، وبخاصة التدخين الذي يسلب عمر الإنسان من دون شك، هذا ما زاد من إهتمام الفاعلين في مجال الصحة وحتى المنظمات العالمية، تكافح إنتشار هذه الآفة الإجتماعية.[2]

إن التدخين يعتبر من مسببات الكثير من الأمراض المزمنة والقاتلة، وفي الوقت نفسه يعتبر أيضا من مسببات التلوث البيئي، فعلى غرار الأضرار التي يلحقها بالمدخن نفسه فإنه يلحق أضرارا بأشخاص كثر، سواء في ميدان العمل أو الأماكن العامة في المساكن وغرف النوم، ومن الثابت أن مرافقي المدخنين هم أيضا عرضة للأضرار الناجمة عن هذا السلوك حيث يستهلكون حوالي 30% من المادة الضارة المنتشرة في الهواء، وتعتبر فئة صغار السن من الفئات الأكثر تضررا من التدخين وصغار المدخنين هم أقل مناعة من غيرهم، الأمر الذي أكدته دراسات إحصائية في هذا الشأن، كما أكدت أيضا أن محتوى السجارة الواحدة يصل إلى 10 مغ، وعند تدخينها يقوم الجسم بإمتصاص من 1 إلى 2 مغ، ومن المعلومات التي تؤكد مظاهر التلوث بسبب التدخين هي إمكانية قتل إنسان بكمية من النيكوتين تقدر بـ50مغ إذا كانت دفعة واحدة.[3]

إن خطر التدخين يزاد يوما بعد يوم بسبب كثرة إنتشاره بين مختلف الفئات العمرية مما يعرض حياة الإنسان للخطر، لذلك تم إعتبار التدخين كأحد العوامل والأسباب المهيأة للأمراض، كما تم تصنيفه كأبرز عامل يساهم في الإصابة بالأمراض القلبية، وأمراض الأوعية الدموية، نظرا للآثار التي يتركها الدخان على

---

[1] عبد الرحمن العيسوي، الإضطرابات النفسجسمية، المرجع السابق، ص 239.

[2] نفس المرجع ، ص 239.

[3] مصطفى القمش، خليل معايطة، سحر مخامرة، المرجع السابق، ص 40.

مستوى تغليظ جدران الشرايين الصغيرة، ومثال على ذلك يوجد تأثير بشكل ثابت للتدخين على أحد هذه الأمراض الذي يدعى بمرض بيرجر .[1] والحقيقة والواقع يثبت أن المواد الكميائية بشكل عام والمجـــودة في السجائر بالتحديد تضر الغلاف الداخلي للأوعية الدموية فتجعله أكثر عرضة لتراكم الطبقات الدهنية فيه، كما أن النيكوتين الموجود في السجائر يجعل القلب ينبض بسرعة مما يزيد من ضغط الدم، يضاف إلى ذلك عند تناول التدخين ومشتقاته فإن ثاني أكسيد الكربون يحل محل الأكسجين في الدم، وهو ما يرفـــع مـــن ضغط الدم أيضا، وفي هذا الصدد ومن خلال إحصائيات وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشـــفيات، إتضح أن هناك نسبة كبيرة من الأفراد في المجتمع يعانون من مشكلة التدخين، حيث تم تقـــدير 50% مـــن المدخنين البالغين، و75% من كان أول تدخين لهم في عمر لا يتجاوز 13 سنة وتقدير 13% مـــن النســـاء المدخنات، يضاف إلى ذلك الإرتفاع الملموس في إستهلاك التبغ بكل أنواعه لدى الأطفال والمراهقين.[2]

إن نتائج الدراسة التي أجريت من قبل وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات سنة 2003 في المجتمع الجزائري، لأجل تحديد عوامل الخطر المؤدية للإصابة بالأمراض غير المتنقلـــة في مـــدينتي مســـتغانم وسطيف على عينة شملت 4136 مبحوث، يتراوح سنهم مابين 25 و64 سنة ومن بينـــهم 1628 ذكـــور و2508 إناث ، قد كشفت أن هناك إنتشار كبير لأنواع التبغ المختلفة وتسجيل معدلات معتبرة للتدخين، حيث قدر معدل التبغ من غير تدخين بـــ8.5%، أما متوسط السن عند تدخين أول سيجارة فهو 18 سنة، في حين يأتي متوسط عدد سنوات الإستهلاك مقـــــدرا بـــ22سنة.[3] وحتى تتضح الصورة أكثـــر يـــتم عرض معطيات الجدول الآتي:

جدول رقم(22): يمثل معدل إنتشار إستهلاك التبغ والتدخين حسب الجنس والسن .

(1) عبد الرحمن العيسوي، الإضطرابات النفسجسمية، المرجع السابق، ص 139.

(2) Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Direction de la prévention, Rapport du séminaire Atelier d'élaboration du Programme national de lutte intégrée contre les maladies non transmissibles, Op, P82

(3) Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Direction de la prévention, Mesure des Facteurs de risque des maladies non Transmissible dans deux Zones pilotes (Approche Step " Wise" de L'OMS), Rapport préliminaire, Op.cit, P1.

معدل الإنتشار		معدل المدخنين حاليا			معدل المدخنين منذ زمن بعيد يوميا			معدل المدخنين الحاليين يوميا		
الجنـــــــس		ذكور	إناث	المجموع	ذكور	إناث	المجموع	ذكور	إناث	المجموع
فئات السن	العدد الإجمالي	%	%	%	%	%	%	%	%	%
34-25	1427	43	0.4	15.5	10.9	0.0	4.6	85.3	75	85.1
44-35	1212	43	0.8	17.2	18.7	0.4	9	85.1	83.3	85.1
54-45	927	32.7	0.4	13.9	24.2	0.3	12	85.6	100	86.6
64-55	570	27	0.3	11.9	30.2	0.0	14.9	77.6	100	77.9
المجمـــوع	4136	38.1	0.5	15.1	19.4	0.2	7.6	84.7	84.6	84.7

المصدر:

Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Direction de la prévention, Mesure des Facteurs de risque des maladies non Transmissible dans deux Zones pilotes (Approche Step " Wise " de L'OMS), Rapport préliminaire Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Algérie, 2004, P1.

وهناك تقديرات إحصائية أخرى حول مدى إنتشار إستهلاك أنواع التبغ، تم إستخلاصها من خلال الدراسة التي قام بها مجموعة من الأطباء مع الجمعية الجزائرية للضغط الدموي (SAHA) سنة 2004 علـــى عينة مكونة من 1478 شخص، موزعين على ستة مناطق من الوطن وهي العاصمة الوسط، الشرق، الغرب، الجنوب الشرقي، الجنوب الغربي، ويمكن توضيح أهم معطيات هذه الدراسة في هذا الصدد مـــن خـــلال الجدول التالي:

جدول رقم(23): يمثل معدل إنتشار إستهلاك أنواع التبغ حسب الجنس والسن والمنطقة الصحية.

أنواع التبغ	التبغ	التبغ بالتدخين Tabac fumé	التبغ بالمضغ Tabac chiqué

المتغيرات		العدد الإجمالي	العدد	%	العدد	%	العدد	%
الجنس	ذكور	750	211	37	145	25.4	97	17
	إناث	904	12	1.3	3	0.3	9	1
فئات السن	30-18	400	55	13.8	43	10.8	21	5.3
	40-30	295	42	14.2	36	12.2	10	3.4
	50-40	271	50	18.5	36	13.3	22	8.1
	60-50	189	30	15.9	15	7.9	20	10.6
	70-60	161	31	19.3	13	7.9	22	13.4
	70 فأكثر	142	12	8.5	4	3	8	5.6
المنطقة الصحية	العاصمة	245	26	10.6	19	7.7	11	4.5
	الوسط	251	16	6.4	10	4	6	2.4
	الشرق	360	84	23.3	55	15.2	41	11.4
	الغرب	236	44	18.6	39	16.5	13	5.5
	الجنوب الشرقي	200	22	11	11	5.5	13	6.5
	الجنوب الغربي	182	31	17	14	7.7	22	12.1
المجمـــــوع		1474	223	15.1	148	10	106	7.2

المصدر:

Kheir Eddine Merad Bouidia, HTA, Hypertension Artérielle, Société algérienne de l'hypertension Artérielles, Algérie, 2009, P180.

تكشف معطيات دراسة وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات أن معدل إنتشار إستهلاك التدخين لدى الأشخاص في الوقت الحالي قد تم تقديره بـ15.1%، والنصيب الأكبر من هذا المعدل كان لجنس الذكور بـ38.1% مقابل0.6 لجنس الإناث، أما معدل إنتشار إستهلاك التدخين لدى الأشخاص منذ زمن بعيد يوميا، فقد تم تقديره بـ7.6%، موزع على الجنسين بأكبر معدل مقدر بـ19.4% للذكور مقابل أصغر معدل مقدر بـ0.2%، في حين سجل معدل معتبر قدر بـ84.7% للأشخاص المدخنين الحاليين يوميا موزع بالتساوي بين الجنسين وتعتبر فئات السن الوسطى والكبيرة الأكثر ممارسة لهذه العادات السيئة.

أما بالنسبة لمعطيات الدراسة الثانية المتعلقة بالأطباء وبالجمعية الجزائرية للضغط الدموي، فقد تم تسجيل معطيات معتبرة للأشخاص الذين يستهلكون بكثرة التبغ بكافة أنواعه، حيث قدر معدل إستهلاك

التبغ لوحده بـــ15.1% ويرتفع لدى كل الفئات العمرية وبخاصة من جنس الذكور وفي المنطقتين الصحيتين الشرقية والغربية، كما تم تسجيل معدل يقدر بـــ10% للأشخاص الذين يستهلكون التبغ بالتدخين Tabac fumé أغلبهم من جنس الذكور ومن فئات سن المراهقة والمتوسطة السن، ومن منطقتي الشرق والغـــرب الجزائري، ويأتي تسجيل معدل في الأخير يقدر بـــ7.2% للأشخاص الذين يستهلكون التبغ بطريقة المضـــغ Tabac chiqué ، حيث يلاحظ توزعه بأكبر نسبة لدى الذكور مقارنة بالإناث ولدى فئات السن الكبرى من 40 سنة فما فوق، أما فيما يتعلق بالمناطق الصحية فهناك تقارب في معدلاته.

ويبدوا من مجمل هذه المعطيات أن هناك إرتفاع في معدلات إنتشار إستهلاك أنواع التبغ المختلفـــة لدى الأشخاص في المجتمع الجزائري، وخاصة منهم المدخنين ومن فئات الســـن 25-34 و 35-44 ســـنة، ويعني هذا أن التدخين بات ينتشر في وسط الفئات الشبابية، ومتوسطة السن وحتى لدى كبار السن.

وكما هو معلوم طبيا فالتبغ بأنواعه وبخاصة التدخين يؤدي في كثير من الأحيـــان إلى إنســـداد في شرايين القلب، الأمر الذي تشير إليه العديد من الدراسات في هذا المجال، ويعد إستهلاك التدخين في المجتمع الجزائري ظاهرة إجتماعية معروفة لدى العام والخاص، أصبحت تنتشر لدى المراهقين وفئات السن الوسطى والأغلبية من الجنس الذكري، وهذا لا يعني أن جنس الإناث لا يدخن بل توجد فئة منهن تمـــارس هـــذه العادة السيئة، فالتدخين بشكل عام يعد مشكلة صحية يعاني منها الكثير من الأفراد في المجتمع الجزائـــري، ولها تأثيراتها السلبية على عضلة القلب والشرايين، فكلما قل العمر أو السن الذي يدخن فيـــه الشـــخص، تكدست مسببات حدوث أمراض القلب عليه، بمعنى أن الذي يبدأ في شرب السجائر وأنواعهـــا في ســـن متأخرة، يكون أقل عرضة من الشخص الذي إستمر عليها لوقت طويل، وهذه المدة قد تكون قاتلة بالنسبة للإنسان.[1] وعليه يمكن إستنتاج أنه كلما زادت المدة لدى الأشخاص المدخنين كلما زادت نسبة إحتمال إصابتهم بأمراض القلب والشرايين وغيرهما من الأمراض غير المتنقلة .

أما بالنسبة للمشروبات الكحولية فهي الأخرى تعد عادة سيئة ومضرة بصحة الإنســـان، ومرضـــا إجتماعيا خطيرا تربطه صلة وثيقة ومؤكدة بجملة من عوامل الإختطار المرتبطة بدورها بمرض القلب التاجي وأيضا بإنتشار الإصابة بمرض الضغط الدموي المرتفع، الأمر الذي يظهر من خلال الإنخفاض في مستويات الضغط الدموي لدى مدمنين الكحوليات في المستشفيات، بالإضافة إلى ذلك توجد علاقة ســـببية تـــربط الكحول بمستويات البروتينات الدهنية، كما تربط بين الكحول والسمنة وبين الكحول وضغـــــط الـــدم المرتفع.[2] وفي نفس المنوال قد يلعب الإدمان على الكحول دورا بارزا في الإصابة بالداء السكري، حيث لوحظ أن الأفراد يعانون من إلتهابات حادة ومزمنة في البنكرياس بسبب الكحول، الأمر الذي يـــؤدي إلى تخفيض قدرتهم على إفراز الأنسولين في جسمهم، ولما كان الكبد يلعب دور بارزا في إستقلاب السكريات فإن المدمنين على الكحول في معظم الحالات يتعرضون للإصابة بتشمع الكبد أو ما يسمى بتلـــف الكبـــد

[1] يعقوب يوسف الكندري، المرجع السابق، ص 306.

[2] أحمد فايز النماس، المرجع السابق، ص 126.

كمرض قاتل. [1] وبشكل عام فجميع هذه الأمراض الناتجة عن زيادة تناول الكحول هي أمراض خطيرة تؤدي إلى الوفاة في نهاية المطاف.

2- قلة النشاط الحركي والرياضي وإرتفاع معدلات الكلسترول:

في ضوء الحقائق الطبية فإنه من الصعب أن يقلل الفرد من أهمية النشاط الحركي والرياضي، بإعتبار فاعلية الأنشطة الحركية والتربية البدنية تمثل معيارا هاما من معايير صحة الفرد الجيدة والحالة الطبيعية التي يوجد عليها الجسم البشري. [2] وللإشارة فإن النشاط الحركي عموما قد تأثر بعمليات التغير الإجتماعي والثقافي والتحديث، مما أدى إلى التغير في أسلوب حياة الأفراد، والتقليل من الجانب الحركي، فأسلوب الجلوس طويلا في أماكن معينة ظاهرة حديثة بالنسبة لأغلب الأفراد فقد أصبح مشكلة أكثر ظهورا في المجتمعات، نظرا لزيادة ووفرة وسائل التنقل والمواصلات والوظائف الجلوسية، والأعمال الإدارية أو المكتبية وطرق قضاء أوقات الفراغ التي لا تتطلب جهدا عضليا، فهذا النوع من الخمول أدى إلى إنتشار ظاهرة السمنة وإنخفاض القدرة على العمل، والسمنة كما هو معلوم تعد من مسببات مرض القلب التاجي. [3] إذا فالعامل الحركي عنصرا مهم جدا في الصحة العامة للإنسان ويؤدي نقص الحركة لزيادة الوزن وترسب الشحوم بالأوعية الدموية، ويعتقد بأن ذوي الفعالية الجسمية أقل عرضة للإصابة بتصلب الشرايين الإكليلية، ويزعم أن التمارين الرياضية تساعد على إيجاد أوعية جديدة وتخفيض مستوى الشحوم. [4] فلقد أظهرت العديد من الدراسات بأن للجانب الحركي أو البدني أو الرياضي علاقة ببعض متغيرات ومسببات أمراض القلب كالدراسة التي قام بها "المخيلان وآخرون" سنة1989 في المجتمع الكويتي، وحيث وضحت الدراسة العلاقة العكسية بين التمارين الرياضية وبين العمر ومعدل الكلسترول، والكلسترول H.D.L، والحمض البولي URIC ACID، والوزن، وبناء الجسم ،كثافة الجسم،ومعدل إستراحة القلب وضغط الدم، والتدخين. وتعتبر مشكلة إرتفاع مستوى الكلسترول من أبرز المشكلات الصحية الحديثة التي ظهرت في المجتمع الكويتي والتي تعدمن أكثر العوامل المؤدية للإصابة بأمراض القلب والشرايين، خاصة في الشريحة من تجاوز الأربعين من العمر. [5] وحقيقة قد أصبح الإتجاه نحو مشكلة قلة النشاط البدني وإرتفاع مستويات ومعدلات الكلسترول أكثر ظهورا في معظم المجتمعات التي تمر بعمليات التحديث والعصرنة، وأبرز مثال على ذلك المجتمعات الخليجية، فأغلبية الأعمال التي يمارسها أفراد هذه الثقافات هي الأعمال المكتبية وبالمقابل يوجد مردود مادي معتبر لمثل هذه الأعمال ،مما يمكن الفرد من إستهلاك كمية أكبر من الطعام دون عناء أي أن الحصول على الطعام لم يعد مشكلة، وهذا أدى بدوره إلى قلة الأعمال اليدوية التي إرتبطت أساسا بمفهوم قيمي متدني يمنع العديد من أفراد المجتمع القيام بها أو

---

(1) سيد الحديدي، نزار الباش، المرجع السابق، ص 50.

(2) علي محمد جلال، الصحة والرياضة، المركز العربي للنشر، مصر، ط1، 2004، ص 9.

(3) أحمد فايز النماس ، المرجع السابق، ص 124 .

(4) وائل عبد المولى باشا، المرجع السابق، ص 51 .

(5) يعقوب يوسف الكندري، المرجع السابق، ص-ص 147-148.

الإنخراط فيها، هذا ما تعكسه إحصائيات مختلف القطاعات الخدماتية.[1] ويضاف إلى كل هذا قلة خطوات المشي والتي ينصح بها الأطباء على الأقل مرة أو مرتين في اليوم الواحد لفترة زمنية من20-30 دقيقة، ويفضل القيام بالمشي في الصباح أو المساء، وللذين يعملون طوال اليوم يكون أفضل في الفترة الراحة التي عادة ما تكون في خلال فترة الظهيرة.[2] وعليه يمكن القول أن الصحة البدنية تتطلب توازنا وتكاملا بين الجهد المبذول والتغذية السليمة، لأن هذين البعدين يشكلان ما يعرف بالسلوك الصحي من جانب الفرد والذي يمثل عامل وقائي لمخاطر الأمراض المزمنة كالضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب.

3- أثر الأدوية والهرمونات على الإصابة بأمراض المزمنة:

لاشك أن لبعض الأدوية والهرمونات آثار جانبية تلعب دورا مهما في إحداث الخلل وإصابة الآليات المناعية في جسم الإنسان، ومن ثم التعرض للإصابة بالأمراض المزمنة كأمراض القلب،الضغط الدموي والسكري،كما هو الحالة بالنسبة إلى بعض الأدوية التي تؤدي إلى إرتفاع في الضغط الدموي لدى الأفراد، مثل الدواء المسمى بالكورتيزون، وحبوب منع الحمل ودواء إحتقان الأنف، وأدوية أخرى مضادة لإلتهابات المفاصل والروماتيزم.[3]يضاف إلى تأثيرات هذه الأدوية في إ رتفاع ضغط الدم، الخلل الهرموني حيث يلاحظ أن الإرتفاع عن الحد الطبيعي لإفراز الأدريالين الذي تفرزه الغدة الكضرية في حالة تعرضها للإصابة بورم يؤدي إلى إرتفاع في ضغط الدم، وإلى أعراض مرضية كالصداع، التسارع في ضربات القلب مما سيتدعي الفحوص البولية والصور الدقيقة للأفراد المشكوك في حالتهم الصحية.[4] وبما أن النساء أكثر عرضة للإصابة بمثل هذه الأمراض ولأسباب متعددة، بالأخص منها ما يتعلق بإستعمال حبوب منع الحمل يبدو أنه في حالة الإصابة بإحتشاء في عضلة القلب القاتل يتضاعف الخطر مرتين أو ثلاث مرات عند إستعمال حبوب منع الحمل، الأمر الذي يلاحظ أكثر في المجتمعات التي تعرف إنخفاظا في معدلات الإصابة بمرض القلب التاجي ولدى الأفراد المعرضين لخطر منخفض وزيادة مطلقة بسيطة في الخطر، لأنه مهما كانت الزيادة الإضافية في الخطر فإنها تؤثر لدى شريحة النساء ما بعد سن الثلاثين ولدى جميع النساء ما بعد سن الأربعين وبخاصة منهن المدخنات أو اللائي تعانين من الضغط الدموي المرتفع أو كلسترول الدم المرتفع أيضا.[5]

أما بالنسبة لداء السكري فإنه أتهمت أدوية وعقاقير عديدة وبعض الهرمونات بتأتيرها على إستقلاب الكربوهيدرات، ومن الممكن أن يؤدي طول إستعمال هذه الأدوية والرفع من كميات تناولها إلى حدوث

---

[1] نفس المرجع، ص 147 .

[2] علي عسكر، المرجع السابق، ص 195.

[3] أحمد فايز النماس، المرجع السابق، ص113.

[4] نفس المرجع، ص 113.

[5] نفس المرجع، ص126.

مظاهر مرض السكري، ومن الأدوية الأكثر إستعمالا وتأثيرا حبوب منع الحمل، وبعض الأدوية المدرة للبول والكورتيزونات.[1]

4- بعض الأمراض وتأثيراتها على الإصابة بالأمراض المزمنة :

يمكن تلخيص بعض الأمراض المؤثرة في الإصابة بالأمراض المزمنة، كمرض الضغط الدموي والسكري وأمراض القلب فيها ما يلي :

- **أمراض الكليتين** :تكشف الأدبيات الطبية أن بعض الحالات المتعلقة بإرتفاع ضغط الدم لا يمكن إيجاد سبب واضح للإصابة بها، فتعزى إلى أسباب كلوية كإختناق شريان الكلية أو إلتهاب كيس الكلية المزمن أو إلتهاب حويضة وكلية، وكذلك كلية متعددة الكيسات أو إلتهاب شرياني الكلية، و غير ذلك مما يسبب إرتفاع في ضغط الدم.[2]
- **الأمراض الخلقية والولادية congénitale**: لعل أبرز مثال عن تأثيرات هذا النوع من الحالات المرضية هي أمراض القلب الخلقية (الولادية)، حيث بعد مرور ثلاث أشهر على ولادة الطفل يمكن أن تنسد الأوعية الدموية للقلب أو أحد قنواته كقناة بوتالو، أو تنسد الفتحة البيضاوية الواقعة بين الأذنين ،فهذه الأخيرة لوحدها تشكل 18% من أمراض القلب الخلقية أو الولادية، وهي فتحة تمكن الدم من العبور بين الأذين الأيسر و الأيمن أو بالعكس مما يؤدي إلى إجهاد عضلة القلب و الدورة الدموية. [3]
- **تأثيرات المرض المزمن على مرض مزمن آخر**: نظرا للتداخل الكبير بين مسببات الأمراض المزمنة الضغط الدموي، السكري وأمراض القلب من ناحية، وأجهزة الجسم التي تصيبها من ناحية أخرى، فإن العلاقة كما هو معروف طبيا ذات تداخل كبير أيضا من حيث التأثير والتأثر، ولكن في معظم الحالات فالآفات القلبية تكون مسبوقة أو مرفقة بالإرتفاع في ضغط الدم، فهو مرض يشكل خطورة عالية للإحتشاء القلبي والسكتات الدماغية وهو أمر معروف منذ سنين، لذلك فالأشخاص دون 60سنة مع ضغط الدم أعلى من 99/140 ملم زئبق بشكل مستمر ينبغي أن يعالجوا، وأيضا الأشخاص الأكبر سنا مع ضغط يفوق 100/160 ملم زئبق. [4]

ولعل من أبرز الأمراض المزمنة الأخرى التي ترتبط بالأمراض القلبية وضغط الدم، مرض السكري، الذي عرف منذ زمن طويل أنه يزيد من خطر الإصابة بمرض القلب التاجي، ويتناقص تواتر هذا المرض بين المصابين بالسكري في المجتمعات النامية مقارنة بالمجتمعات المتقدمة ذات المعدلات المرتفعة لمرض القلب التاجي و معدلات كلسترول الدم وأيضا السمنة. [5]

---

[1] سيد الحديدي، نزار الباش، المرجع السابق، ص 51.

[2] محمد أياد الشطي، المرجع السابق، ص 41 .

[3] وائل عبد المولى باشا، المرجع السابق، ص 40.

[4] محمد أياد الشطي، المرجع السابق، ص 41.

[5] أحمد فايز النماس، المرجع السابق، ص 125.

5- أثر التلوث الغذائي على الإصابة بالأمراض المزمنة :

يعني التلوث الغذائي إحتواء المواد الغذائية على جراثيم مسببة للأمراض أو مواد كيميائية أو طبيعية أو مواد مشعة، فقد يكون التلوث الغذائي تلوثا طبيعيا نتيجة تحلل الغذاء بسبب البكتيريا أو طول فترة التخزين أو التعرض للإشعاع الطبيعي، ومن ناحية أخرى قد يكون تلوثا غير طبيعيا، وينجم عن سلوكيات الأفراد سواء كان متعمدا لأجل الحصول على الفوائد منه أو غير متعمد كتلوث الأغذية بالمواد الكيميائية. [1] كما هو ملاحظ على تلوث المأكولات و المشروبات المحضرة بسبب سوء أحوال أماكن البيع والمساكن والمصانع...إلخ، وكل هذه المواد وخاصة الكيميائية منها تعد من مسببات الأمراض المزمنة، فقد كشفت دراسات مثل التي أنجزت في الهند والنيبال أن النساء اللواتي يتعرضن للملوثات في الوسط السكني هن من أكثر المصابات بالأمراض القلبية والأوعية الدموية. [2]

وفي هذا الشأن يرى المختصون في مجال التغذية أن آثار التلوث الغذائي المتراكمة والتي لا تظهر نتائجها إلا مع مرور الوقت، وسواء كانت مواد ملونة أو منكهة أو حافضة، لأجل ذلك يظهر جليا تحمس الأفراد وخاصة المفكرين والعلماء لضرورة العودة إلى الطبيعة في مجال إنتاج الغذاء وتصنيعه للتقليل من مخاطر المواد الكيميائية المستخدمة في المجالين الزراعي والصناعي.

6- التلوث البيئي وآثاره على الإصابة بالأمراض المزمنة:

أعلن العديد من الباحثين أن التلوث البيئي له عدة مخاطر على صحة الأفراد سواء تعلق الأمر بالهواء أو الأتربة وغيرهما، وعلى سبيل المثال لا الحصر أفادت دراسة حول تأثير التلوث الناجم عن السيارات وعلاقته بمخاطر الإصابة بالأزمات القلبية، تم إعدادها بألمانيا و كشفت أن الأشخاص الذين لديهم إستعدادا للأزمات القلبية، يتعرضون لمخاطر الإصابة بالنوبات القلبية أكبر بثلاث مرات أثناء وجودهم في السيارات أو المركبات الأخرى، وقد يفسر ذلك - حسب الباحثين – برد الفعل الذي تحدثه الجزيئات الملوثة العالقة في الهواء على شرايين القلب، والتي من شأنها أن تأثر على دقات القلب. [3]

والجدير بالذكر والملاحظة في هذا الموقع أن هذه العوامل المتفرقة والمتسببة في ضغط الدم ،السكري وأمراض القلب، تبدو أنها نوعية ومرتبطة بشكل عام بسلوكيات الأفراد، وبالتالي يستطيعون تداركها وحتى التحكم في بعضها، ومن ثم الوقاية من مخاطرها كما هو الحال بالنسبة للتدخين، تعاطي المخدرات وقلة النشاط البدني، فكون الفرد مدخنا أو غير مدخن هي مسألة شخصية بالإمكان التخلص منها...إلخ، ويبقى البعض الآخر من هذه العوامل مرتبط بالمحددات الإجتماعية، الفزيولوجية، النفسية والطبية، والمفروضة على الإنسان أحيانا منذ الولادة كالأمراض الخلقية، كما قد يكون البعض منها مرتبط بعوامل التغير الإجتماعي والعصرنة وكل ما أصاب معظم المجتمعات حاليا.

---

[1] طارق أسامة صالح، الصحة و البيئة، مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع، الأردن، ط1، 2005، ص103.

[2] نفس المرجع ص 86.

[3] نفس المرجع، ص-ص 123-124 .

المبحث الثاني :إنعكاسات الأمراض المزمنة على الفرد والأسرة والمجتمع.

إن المرض المزمن يعتبر حالة صحية ذات خصوصية يخلف عادة وضعا إجتماعيا ونفسيا دائما ومستمرا، يؤثر بالدرجة الأولى على حياة الشخص المصاب نفسه، فهو الأول من يشعر بنوع من التغير في نمط معيشته بسبب الإعتلال الذي يصيبه ويلحق به الضرر والضعف والوهن، لذلك فهذه الحالة المرضية تتوقف على عدة عوامل تؤثر و تتأثر ببعض الخصائص الفردية كما هو الحال بالنسبة للعمر والنوع الإجتماعي، والوضع المادي للأسرة ومكان الإقامة، إلى جانب أنشطة الفرد و تفاعله وإحتكاكه في علاقته مع الآخرين، بالإضافة إلى مستوى الإصابة بالمرض و مدى مسؤوليته عن تفاقم الحالة المرضية وإمكانية العلاج و مقارنة مرضه مع الأمراض الشائعة من حيث الخطورة و الألم.[1]

إن المرض المزمن مثل الضغط الدموي، داء السكري والقلب كثيرا ما يحدث أن يتسبب في إلصاق الأعراض الجانبية والآثار السلبية بحياة الفرد اليومية، ومن المؤكد أيضا أن هذه الآثار تمس كل أعضاء الأسرة، وتتعدى لتصل إلى الوسط المجتمعي ككل، هذا بإعتبار الوضع الصحي للمريض بمرض مزمن يتطلب الإستعانة بعدة فاعلين إجتماعيين للوقوف على معالجة هذه الحالة المرضية كأعضاء الأسرة، والفريق الطبي وما إلى ذلك من الوسائل الطبية و العلاجية.

المطلب الأول:إنعكاسات المرض المزمن على حياة الفرد المريض .

إن الفرد المصاب بمرض مزمن في الوهلة الأولى يتعرض إلى إضطرابات إنفعالية غالبا ما تؤثر بشكل واضح في رد فعله تجاه المرض وحتى الخطة العلاجية التي سوف يتبعها، ولعل من المظاهر الشائعة لهذه الإضطرابات تلك المخاوف التي تنتاب المريض والتي ينبغي تقدير حقيقتها بالنسبة له، فهي الخطوة الأولى لإمكانية مساعدته للتخلص منها، ومخاوف المرض ذات مظاهر عديدة أيضا، كما هو الحال بالنسبة لتصرفات المصاب تجاه العملية الجراحية فقد يعتقد بأن موقف الجراحة سيتضمن المخاطرة والموت نفسه،وأنها تجربة خطيرة ومدمرة لنفسيته وشخصيته (كجراحة القلب)، وخاصة إذ إعتقد أن التخدير مرتبط بالموت. [2] فالمريض قد يتوهم أنه لن يرجع إلى لحياة و ستكون النهاية بالنسبة له لأن النوم يثير فكرة الموت، وقد يخاف المريض من الجراحة لأنها قد تنتج عنها تشوهات مزمنة أو عجز دائم أو إستخدام جهاز تعويضي مما يثير مشاعره نتيجة إستعماله للجهاز هذا من جهة، ومن جهة أخرى معاناة بالنسبة له ولأسرته ولمجتمعه.[3]

وهناك أنواع من المخاوف ليس من السهل إكتشافها و التعرف عليها لأن المريض لا يظهرها مثل عدم الذهاب إلى المستشفى، خاصة إذا كان مرتبط بالجو الأسري، فقد يحدث له فتور في العلاقات الأسرية

---

[1] فوزية رمضان أيوب،المرجع السابق، ص47.

[2] أحمد فايز النماس، المرجع السابق، ص،ص 88،89.

[3] نفس المرجع، ص90.

نتيجة البعد عن المنزل، مما يتطلب تبصيره ومساعدته على معرفته العميقة للمرض الذي يعاني منه وحاجته إلى الذهاب للمستشفى على الأقل للتخفيف من آلامه.[1] ومن المشكلات أيضا صعوبة تكيف المريض داخل المستشفى وهذا ناتج عن إستمرار العلاج ومتطلباته الطويلة من الناحية المادية، يضاف إلى ذلك القيود والحدود التي يرسمها ويفرضها المرض المزمن على المريض، حيث يقلل من حركته ونشاطاته وعلاقاته بالآخرين، وربما يضطره المرض إلى التخلي عن منصب عمله أو إستبداله بما يتوافق مع قدراته الصحية التي أصبح عليها، وهذه الحالة أي إزمان المرض من الصعب جدا على الفرد أن يتقبلها ويعيش ويتكيف معها بسهولة، ولعل المشكلة لا تنحصر داخل المستشفى بل تصاحب مريض المرض المزمن بعد خروجه، حيث تزيد من معاناته عند رجوعه إلى البيئة التي يعيش فيها أو يعمل بها و محاولة إحتكاكه وتكيفه من جديد. [2]

كما أن المريض بمرض مزمن يمكن أنه يشعر بالذنب ويعتبر المرض عقابا له على أخطائه، وقد لا يبذل أدنى جهد للتغلب عليه وقد يشعر المريض بأنه عبئ ثقيل على من يقوم برعايته، وأنه قد أضاف إلى ميزانية الأسرة أعباء أخرى بإعتبار تكاليف العلاج عادة ما تكون باهظة الثمن، و الشعور بالذنب الذي يرتبط بذهن المريض غالبا ما يعتمد على إحساس الفرد أيضا أنه يشكل عالة على المجتمع. [3]

لذلك في الحالات المرضية التي يتسبب فيها بعض المرضى في نقل المرض لأعضاء الأسرة عن طريق الوراثة قد تمثل شواهد حقيقية للشعور بالذنب كما هو الحال بالنسبة للأب المريض بداء السكري الذي يلقي اللوم على نفسه أو يبعد عنها اللوم إذ أصيب أحد أبنائه بهذا المرض.[4] وفي مثل هذه الحالات يلعب دورا فعلا إيمان المريض بالقضاء والقدر وكذا الرصيد الصحي الثقافي في تجاوز المرحلة الأولية ومن ثم نجاح التشخيص والعلاج الفعال لذلك.

إن مظاهر الخوف من الإصابة بمرض مزمن تدخل ضمن دور المريض وبذات في ما يتعلق بردود الأفعال تجاه المرض -كما أشار إلى ذلك تالكوت بارسونز-، حيث يرى أن دور المريض الذي يتضمن إعفائه بشكل مؤقت من إلتزاماته وفي المقابل حصوله على بعض الإمتيازات، يمثل دورا ملائما لحالات المرض الذي لا يرجى الشفاء منه كما هو الحال بالنسبة للأمراض المزمنة بالإضافة إلى أن ردود الأفعال تجاه المرض تختلف من فرد لآخر و من جماعة إلى أخرى، وكذلك التوقعات المنتظرة من الشخص المريض تتفاوت من شخص لآخر. [5] وهنا تبرز مهمة الفريق الطبي في التقليل من رد الفعل الإجتماعي أيضا، وخاصة في بعض الحالات الخطيرة من خلال التأثير في نظرة أفراد المجتمع إتجاه المرض.

وفي كثير من الحالات المرضية ما يؤدي بالأفراد بالنفور من فكرة المرض، وكثيرا ما يقترن هذا النفور بإلصاق بعض الصفات السلبية بالمرض، فهناك ردود أفعال كثيرة من أفراد المجتمع تجاه من لحقتهم ما يسمى

---

(1) Jacqueline Gassier, Catherine Moral-Haziza, Op.cit, P44 .

(2) إقبال إبراهيم مخلوف، المرجع السابق، ص101.

(3) نفس المرجع، ص 99.

(4) أحمد فايز النماس، المرجع السابق، ص 92.

(5) طارق السيد، المرجع السابق،ص-ص 96-97 .

بوصمة المرض، ويمكن أن تصل ردود الأفعال إلى درجة تجنب المريض أو عدم الإتصال بـــه.[1] والحقيقـــة أن مثل هذه السلوكيات تدفع عادة بالمرضى بالإحتفاظ بوصمة مرضهم وتزرع في أنفسهم اليـــأس مـــن إمكانية الشفاء وحتى إتخاذ خطوات لعلاج الأزمة.

وفي هذا السياق كثير من المرضى عادة ما يبالغون في التعبير عن حالتهم المرضية وعلى سبيل المثال قد يأخذون صورة تدلل وحساسية وإستغلال، وأحيانا الرجوع إلى بعض ألوان السلوكيات الخاصة بالطفولة كالبكاء والتشبث بأشياء تافهة وغيرها من السلوكيات غير المألوفة في حياتهم اليومية، وبعض الأحيان أيضا يشكون آلاما وهمية لقياس مدى تأثر الآخرين بحالتهم المرضية، ثم يتمادون في إستعمال هذا الأســـلوب في مواقف إجتماعية حرجة تتطلب درجة معينة من الحزم والمسؤولية، وذلك ليحققـــوا رغبـــاتهم في تنفيـــذ أوامرهم.[2] وهذه السلوكيات جميعها تزيد من تعقيد حالتهم وصعوبة التعامل معهـــم وحـــتى علاجهـــم وشفائهم.

ولا شك أن المرض المزمن بما فيه من مشاكل يخلق في ذهنية المصاب صراعا يعبر عنه بشتى الطـــرق وفي شكل السلوكيات السالفة الذكر، والتي لا يفهمها و لا يفهم دوافعها أحيانا، فمنذ الإعلان عنه يصبح مصدر قلق وإزعاج بالنسبة للمريض مما يحدث لديه نوع من اللا توازن في شخصيته و نمط معيشـــته.[3] وحينها لا يستطيع المريض تحقيق أقصى ما يمكن من إستغلال قدراته لأجل مواجهة أعباء الحياة.

إن الآثار الناتجة عن إزمان المرض تؤدي إلى إحداث نوع من القطيعة الحقيقية للمـــريض مـــع محيطـــه الداخلي والخارجي وبالأخص إذا كان المرض يتميز بدرجة عالية من الخطورة، فهو عادة يمثل حالة مفاجئة تصيب الفرد وتؤثر في حياته من جميع النواحي الإجتماعية، النفسية والإقتصادية، الأمر الذي يجعل الشخص المصاب يعيش نوع من التبعية للآخرين من الجانب الوجداني والعاطفي وخاصة تجاه أفراد العائلة، وفي نفس الوقت يشعر باللأمن الوظيفي والمادي، حيث تتفاقم الأعباء مع تطور المرض إلى درجـــة فقـــدان المكانـــة الإجتماعية للمصاب.[4]

إن أعباء المرض المزمن تزداد مع إزدياد المضاعفات المؤقتة والحادة منها بوجه الخصوص، والتي يمكن أن تحدث في أية لحظة من مسار المرض، وتكون مظاهرها سريعة التطور وأحيانا خطيرة، إذا لم يتم متابعتها وعلاجها، فمثلا قد تظهر تغيرات سريعة لمستوى السكري في الدم إما بالإرتفـــاع الشـــديد الســـريع أو بالإنخفاض الشديد السريع، وفي كلتا الحالتين تتأثر وظائف جسم المصاب بالسكري، وقد تتطور إلى حالة خطيرة تتطلب إسعافه بسرعة أو إدخاله المستشفى.[5] ولعل من أهم المضاعفات المـــؤثرة علـــى مرضـــى السكري هي إحداث ما يسمى بالغيبوبة وإصابة العينين والجهاز العصبي والقلـــب والـــدورة الدمـــــوية

---

[1] نفس المرجع ، ص 99.

[2] إقبال إبراهيم مخلوف، المرجع السابق ، ص102.

[3] Jacqueline Gassier, Catherine Moral-Haziza, Op.cit, P40.

[4] Ibid, P 40.

[5] سيد الحديدي، نزار الباش، المرجع السابق، ص 80.

والجلـــــد والقدمين، والجهاز الهضمي والجهاز التناسلي والجهاز البولي والكليتين، وأمور أخرى قد ترتبط به كالسمنة وشحوم الدم وإرتفاع ضغط الدم وضعف المثانة وما إلى ذلك.[1] وهذه جميعها مضـــاعفات تستوجب على المريض والمحيطين به من أفراد العائلة مراجعة الطبيب بشكل مبكر ودائم كلما ظهر شـــيء يستحق الإستفسار والتوجيه .

وتجدر الإشارة إلى أن مرض إرتفاع ضغط الدم هو الآخر له مضاعفات خطيرة علـــى الشـــخص المصاب تمس بأعضاء ذات حساسية من جسمه، كتضييق الشرايين وتلف الكلية وإصابة العينين، وإحداث الشلل النصفي والكلي والترّيف في الأنف وغيرها.[2] وعليه فمضاعفات إرتفاع ضغط الدم حـــتى ولـــو كانت طفيفة تقصر من العمر المتوقع للمريض بدرجة كبيرة إذا لم يعالج بإعتباره يحمل مخـــاطر كـــبرى في حياته على القلب والدماغ ويمكن أن يكون مميتا.[3]

أما بالنسبة لمرض القلب فمضاعفاته عديدة وخطيرة في نفس الوقت، ولعل الصدمة وقصور القلـــب والذبحة الصدرية والنوبة القلبية، تمثل أخطر الإضطرابات القلبية المؤدية إما إلى عجز دائم غالبـــا وإمـــا إلى الوفاة المفاجئة.[4] وهي ما يخشاها المريض والطبيب معا وتتطلب المساعدة الإجتماعية أكثر، وذلك بالتقليل من البلبلة التي يتأثر بها فكر مريض القلب وتحويل إهتمامه إلى أشياء أخرى وهذا أمر ضروري، وأيضا تتبع المريض وتوعيته فيما يتعلق بمقدار النشاط الذي يمكن ممارسته، أي ما يتفق مع ظروفه الصحية ووفق خطة العلاج الطبي والإجتماعي التي يقررها الطبيب.[5] والواقع أن هذه المسألة تعد من المسائل التي لها أهميتها في توقي المضاعفات ومن ثم تحقيق قدر أوفر من العلاج والشفاء، ذلك بإعتبار أن عدة أنواع من أمراض القلب يمكن تفاديها مسبقا والشفاء منها بإتباع القواعد الصحية وأساليب الحياة السليمة .

وبشكل عام فإن أثار المرض المزمن تزداد حدة مهما كان نوعها: مخاوف، عجز، مضاعفات عندما يهمل المريض مرضه ويبتعد عن النظام العلاجي الذي نصح به، وأيضا بسبب الجهل أو الإهمال لأن كـــل الأعباء المترتبة عليه تتراكم في زمن طويل وقد تستمر لمدة سنوات، لذلك يجب أن يكون تعاونا سويا بـــين المريض والأفراد المحيطين به والطبيب، لمنع على الأقل تطور المرض على الرغم من أن الأمر ليس سهلا، لأن التطبيق العملي أكثر صعوبة نظرا للعقبات العديدة التي تعترضه، ولأن المرض المزمن يبقـــى طـــويلا مـــع المريض،والعلاج لا يقتصر على أخذ حبة دواء، بل يحتاج إلى تغير جدري لطريقة التعامل مع النمط المعيشي وهذا بحد ذاته يدخل الكثير من التبادلات في حياة المريض مما يجعله يقبلها تارة ويرفضها تارة أخرى .

المطلب الثاني: مدى تأثر الأسرة بالمرض المزمن .

(1) Marcel-Jacques chicouri, Op.cit, P-P 61-75.
(2) Kheir Eddine Merad Boudia, Op.cit, P 72.
(3) هاني عرموش، المرجع السابق ،ص 442.
(4) نفس المرجع، ص 442
(5) محمد عبد المنعم نور، الخدمة الإجتماعية الطبية والتأهيل، مكتبة القاهرة الحديثة، القاهرة، 1971 ،ص 118.

إن الأسرة هي البيئة التي تحدد معنى المرض لدى المصاب به، وهذا الأمر يتوقف على درجة ثقافتها ووعيها بقضايا الصحة وحتى العادات المتبعة و الموجودة في المجتمع.[1] كما أن الأسرة تعمل عادة على تحديد المكانة الخاصة بكل عضو من أعضائها، وعليه فحدوث أي تغير مؤثر ومهم في حياتها وخصوصا في روتين العمل اليومي المعتاد وفي علاقات أعضائها وسلوكياتهم تجاه بعضهم البعض، فإن هذا التغير يعتبر حادث طارئ ومفاجئ بالنسبة لهم، الأمر الذي يدفع بهم إلى إحتواء المرض ومحاولة السيطرة عليه بكل الطرق العلاجية.[2] وهذا ما يلاحظ في محيط الأسرة التي يسودها التضامن والتماسك والعلاقات الإجتماعية القوية، وفي هذا الصدد على سبيل المثال إذا أصيب رب الأسرة بالمرض المزمن فالمؤكد أنه يقعده ويقلل من قدراته، حيث يمنعه عن القيام بمهامه كمسؤول يعول الأسرة، وهذا ما يجعله يشعر بأنه عالة على أسرته وأبنائه و قد يلزم نفسه بالعودة إلى العمل متجاهلا نصائح الطبيب.[3] ومن هذا الموقف يظهر الدور المهم الذي تلعبه العلاقات الأسرية تجاه الصحة والمرض المزمن.

إن مشكلات العلاقات الأسرية تعد من أهم الآثار الناجمة عن إزمان المرض وبخاصة مع دخول المريض المستشفى لفترة من الوقت، فقد يحدث أن يحمل هموم أعضاء أسرته في فكره، كأن يخشى أن تضعف علاقتهم به.[4] ولعل الوضعية تزداد سوءا إذ تعلق الأمر بوجود أطفال متمدرسين، فالمريض هنا يصبح يتحسس عند حديث أعضاء الأسرة عن حالتهم، بالإضافة إلى ذلك فالعزلة والبعد عن الجو العائلي والتعب والألم والحاجة إلى الشفاء جميعها أسباب ترهق المريض وهو ينظر إلى أطفاله ويعتقد أنه فقد سلطته وقدرته على تربيتهم وحمايتهم.[5] وهنا يكون المريض قد تأكد من إزمان المرض وإستبعاده الشفاء التام مما يجعله يشعر بأنه فقد الأدوار المنوطة به في الأسرة.

إن هذا الوضع ينطبق أيضا على العلاقات الزوجية، فقد يحدث دخول إحدى الزوجين إلى المستشفى لأجل تلقي العلاج مما يزرع الخوف في نفسية الطرف الآخر لوجوده بمفرده وخاصة إذا تعلق الأمر بوجود الزوج في المستشفى، فقد يتأثر في هذه الحالة ولا يحتمل الغياب عن بيت الزوجية.[6] وهذا ما يؤثر على مسار علاجه.

إن المرض يؤدي إلى فقدان العديد من تحقيق الحاجيات الزوجية مما يحدث تعديلا في أدوار الزوجين، حيث يبقى أحد الطرفين تابع للطرف الآخر، ولعل العلاقة الجنسية هي التي تتأثر بقوة مما يفقد أيضا توازن الحياة الزوجية.[7] وعليه من الممكن جدا أن يؤدي المرض المزمن إلى إنهيار الرابطة الزوجية، فقد يندفع أحد

---

(1) أحمد فايز النماس، المرجع السابق، ص 93.

(2) جعفر صادق علاوي، المرجع السابق ،ص 110.

(3) أحمد فايز النماس، المرجع السابق، ص 93.

(4) إقبال إبراهيم مخلوف، المرجع السابق ،ص 97 .

(5) Jacquline Gassier, Catherine Morel- Haziza, Op.cit, P 48

(6) إقبال إبراهيم مخلوف، المرجع السابق، ص 96.

(7) Jacquline Gassier, Catherine Morel- Haziza, Op.cit, P 48 .

الطرفين إلى طلب الطلاق إذا لم يستطع الإستمرار في الحياة الزوجية وبخاصة إذا كان المرض ميئوس من شفائه أو بسبب عاهة مستديمة، لأن الإساءة في معاملة الشخص المريض كإهماله أو عدم مساعدته على الشفاء، تمثل خبرة تجاه الطرف الآخر قد تولد لديه مشاعر الكره وتكون السبب في تفكك العلاقات الأسرية. [1] وهنا يظهر الدور البارز الذي تلعبه العلاقات الأسرية في الصحة والمرض المزمن هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى فإن أعضاء الأسرة يلعبون جميعا دورا هاما أيضا في تشجيع المريض على أن يهتم بنفسه وتقديم له الوسائل العلاجية المختلفة ومساعدته حتى لا يعيش في وحدة وإنعزال، وتساهم الأم مساهمة فعالة في تقديم العلاج لأبنائها المرضى، حيث تمد الطبيب بالحقائق الضرورية التي تصف تاريخه المرضي في الماضي والحاضر. [2] وهكذا تبدو أهمية التكامل بين العناية الأسرية و العناية الطبية التنظيمية.

وفي هذا السياق فإن الحالة الصحية للمريض تصبح الشغل الشاغل لجميع أقرباء الأسرة نظرا للقلق الذي يعم في الوسط الأسري، وعادة يرتكز الحديث إما على المريض نفسه وإما على أطفاله، وبخاصة إذا كانوا رضع. [3]

إن المشكلة الكبرى التي يسببها المرض المزمن للأسرة هي الأزمة الإقتصادية، فقد تزداد تكاليف العلاج فوق طاقة الأسرة المادية وإحداث الخلل في الدخل الأسري، علاوة على ما يواجه الزائرون للمريض أو المرافقون له من تعطل في أعمالهم، كما يسبب المرض أزمة في البحث عن العلاج الناجع والفعال، والذي يدفع بأعضاء الأسرة إلى طرق كل الأبواب، ولعل الأمر يزداد تعاظما إذا كان المريض عائلا، وكذلك الأمر إذا كانت الأسرة فقيرة ، فقد تلجأ هذه الأخيرة إلى تحديد مصادر الرعاية الطبية التي تتلائم وقدراتها المادية كاللجوء إلى طلب العلاج في المستشفيات العامة والمركزية، فهي عكس الأسر الغنية التي يمكن لها الحصول على الرعاية الطبية الخاصة. [4] وهذا ما يشير فعلا إلى ما يعانيه أعضاء الأسرة من جراء التبعات المادية الناتجة عن المرض المزمن.

إن الأسرة وسائر الجماعة القرابية يتحمل مسؤولية المرض، بدءا بمناقشة أعراض المرض وصولا إلى البحث عن أنسب الخدمات الصحية للعلاج وتدبير النفقات اللازمة لذلك ، وهذا النوع من التضامن ينتشر في بعض مجتمعات العالم الثالث، حيث يلاحظ أن الإستشفاء يعتبر مسؤولية الجميع، ولا يتحمل المريض وحده أعباء مرضه، وحتى في المجتمع المعاصر أصبحت التوترات الوجدانية متقاسمة بين المريض و الأسرة معا، الأمر الذي يتطلب من الطبيب عند بدأ طريقة تشخيص المرض والتكهن بمستقبله وتطوراته مع المريض و الأسرة على حد سواء. [5] وبالفعل فالأسرة المعاصرة قد عرفت تغيرات بنائية وظيفية إنعكست على تباين أدوارها في تقديم الرعاية الصحية المترلية للمريض، ويمثل الإنتقال من النمط الممتد إلى النمط النووي، أبرز

---

[1] إقبال إبراهيم مخلوف، المرجع السابق،ص 96 .

[2] حسين عبد الحميد أحمد رشوان، دور المتغيرات الإجتماعية في الطب والأمراض، المرجع السابق، ص222.

[3] Jacquline Gassier, Catherine Morel- Haziza, Op.cit,P 48.

[4] علي المكاوي، المرجع السابق، ص 291.

[5] نفس المرجع، ص.ص 292.293.

هذه التغيرات، إلى جانب الحراك السكاني وزيادة فرص العمل المتاحة للمرأة، وترى بعض الآراء أن الأسرة الممتدة كانت أقدر وأكفأ على الرعاية الصحية المترلية بحكم العدد الكبير لأعضائها، والتنـــوع في فئـــاتهم العمرية وثراء معرفتهم وخبرتهم في مجال الصحة والمرض، ونظرا للإرتباط الوثيق الذي يظهـــر في علاقـــة المريض المزمن بأسرته، يمكن طرح المشكلة من زاوية أخرى، أي ما هو المتغير الأكثر تأثيرا في الآخر فـــإذا كان المريض بمرض مزمن يؤثر على مسار حياة الأسرة، فإنها تؤثر هي الأخرى على المريض، في مسار حياته أيضا ، ذلك بإعتبار الأسرة تمثل البيئة التي يمكن أن تتسبب في حدوث المرض وتغير مجراه و نتائجه في آخر المطاف. [1] وقد يظهر هذا الأمر بوضوح في معظم حالات مرضى القلب الذين يعانون ظروفا أسرية صعبة يمكن أن تتأثر بها حالتهم المرضية، كما هو الحال بالنسبة للمنازعات و التفكك الأسري والفقر الشـــديد والقلق الزائد و العواطف المبالغ فيها. [2] ومن الجدير فعله في هذه الأوضاع الأسرية إبعاد المريض عن هذا الجو الأسري غير الملائم.

إن المصاب بالقلب يكلف الأسرة ماديا نظرا لتكاليف العلاج الباهظة، كما يكلفها معنويا بإبعـــاده عن كل الإنفعالات التي يمكن أن يتعرض لها في الوسط الأسري، والتي قد تؤدي إلى مضاعفات خطـــيرة، لأن المصابين بالقلب يختلفون عن غيرهم كونهم أكثر قلقا على حياتهم. [3] لذلك ينصح الأطباء بتوفير جو أسري هادئ لتفادي القلق المترتب عن هذا المرض، ولعل مرض السكري هو الآخر يثقل كاهل الأســـرة ماديا وخاصة إذا كانت معالجة السكري من النوع الأول المعتمد على الأنسولين، أي مرضـــاه يحتـــاجون حصريا إستعمال الأنسولين بشكل دائم مما يتطلب المتابعة المستمرة لإحضار هذا الهرمون، ويضاف إلى ذلك ما تكلفه الحمية الغذائية أو الأقراص للمصابين بالنوع الثاني من داء السكري، هذا من ناحية ومن ناحيـــة أخرى إذا كان هناك وجود لمرض السكري في عائلة أحد الوالدين فقد يؤثر عليهم معنويا، حيث يشعرون بالذنب بأنهم السبب في إصابة إبنهم.

المطلب الثالث: أعباء المرض المزمن على المجتمع

إن آثار الإصابة بالمرض لا تقتصر على الفرد و الأسرة- كما سبقت الإشارة إليه – بل تتجاوز ذلك إلى المساس بالأوضاع الإجتماعية والإقتصادية السائدة في المجتمع، إذ أن فهم هذه الأوضاع يعني فهم أيضا الأوضاع المعيشية للمرضى وسلوكياتهم تجاه الصحة والمحافظة عليها والإستجابة للمرض، وكذلك إمكانية حصول المريض على الخدمات الصحية العامة والخاصة من المجتمع. [4] .

إن الباحثين في علم الإجتماع و الإنسان وعلم النفس يشيرون إلى مدى الإرتباط الوثيق الموجود بين شبكة العلاقات الإجتماعية، فقدانها وتفككها، وبين الإصابة بالأمراض النفسية و العضوية، ولعل صلة الفرد

---

[1] نفس المرجع، ص295 .

[2] أحمد فايز النماس، المرجع السابق، 107.

[3] نفس المرجع، ص 105

[4] علي المكاوي، المرجع السابق،ص309.

وإتصاله بالمجتمع الذي يعيش فيه أمر هام جدا بالنسبة له، فالعزلة عن المجتمع تمثل سببا من أسباب الوفـــاة، كما يقول الباحث "جيمس لنش" حول الأسباب المؤدية إلى الموت المبكر في المجتمع الأمريكي. [1] ومن هنا تتضح حالات المرض المزمن الشديد المتسببة في العزلة للمصابين به، والمؤدية أيضـــا إلى فقـــدان التـــرابط الإجتماعي وإحداث الخلل في العلاقات الإجتماعية داخل المجتمع.

إن التبعات المادية هي أهم عبئ من أعباء المريض بمرض مزمن تجاه المجتمع، فهي عادة مـــا تتحـــدد بمستوى التعويضات التي يتلقاها الشخص المصاب بالمرض المزمن من طرف مؤسسات الضمان الإجتماعي، ويمثل حدث التوقف عن العمل سببا يضاعف الأعباء المادية للمرضى، الأمر الذي يؤثر بدوره في إنخفاض أو بتوقف إنتاج الشخص المريض ضمن الأعضاء المنتجون للأسرة و المجتمع، كما أن التعديلات التي تـــدخل على نمط إستهلاك المريض تؤثر هي الأخرى في الدخول الشهرية والسنوية التي يتقاضاها أعضاء الأسرة. [2] وبذلك يتأثر سلبا الدخل الإجمالي للمجتمع.

إن المرض مهما كانت شدته ومضاعفاته فإن المجتمع هو من يواجه أثره على مستوى إقتصـــاديات الصحة وحتى إقتصاديات المعيشة، بما يفرضه من تطبيق برامج صحية مناسبة، وكذا توفير مختلف الخدمات الصحية والوسائل التكنولوجية العلاجية والوقائية، إلى جانب توفير الفرق الطبية و الممرضين وما إلى ذلك مما يحتاجه النسق الطبي. [3] يضاف إلى ذلك ما يفرضه المرض على المجتمع تجاه حماية حياة المريض، من تحقيق جميع الحقوق الإجتماعية والمدنية كما هو الحال بالنسبة لمنح المريض الحرية أكثر في طلـــب الإستشـــفاء، وحماية حياته الخاصة والمهنية. [4]

وفي هذا الصدد فإن أكثر ما يحتاجه المرضى من المجتمع هو إعادة تأهيلهم وإدماجهم إجتماعيا مـــع غيرهم من أعضاء المجتمع، وعلى سبيل المثال فالحالة الطبية لمرضى القلب تتطلب إمكانات كبيرة لتزويدهم بالرعاية النفسية و الإجتماعية التي توجههم وأسرهم من جهة والطاقم الطبي من جهة ثانية. [5]

وكخلاصة يمكن القول أن المرض المزمن يشكل عبئا إجتماعيا وإقتصاديا، بالإضافة إلى كونه عبئـــا صحيا على المجتمع وأعضائه، لذلك فإن برامج الرعاية الطبية والخدمات الصحية وحدها لا تستطيع أن تحل كل المشكلات المترتبة عن المرض المزمن،وخصوصا في عصر إزدادت فيه نسبة هذا النوع من الأمراض زيادة مفرطة بغض النظر عن التقدم التكنولوجي في مجال الصحة.

المطلب الرابع: سياسة منظمة الصحة العالمية لمكافحة الأمراض المزمنة في المجتمعات.

[1] الوحيشي أحمد بيري، عبد السلام بشير الدويبي، المرجع السابق، ص90.

[2] François Steudler, Sociologie Médicale, Librairie armand Colin, Paris,1972, P62.

[3] Driss Mammeri, un système national de santé publique pour protéger et améliorer la santé des habitants , collection santé ,Edition ENAG, Alger ,1991, P13.

[4] Jacquline Gassier, Catherine Morel- Haziza, Op.cit, P 48.

[5] أحمد فايز النماس، المرجع السابق، ص 105.

لقد سعت منظمة الصحة العالمية منذ إعلان "ألما أتا" "Alma-Ata" سنة 1978 إلى وضع إستراتيجية عامة للوصول إلى تحقيق شعار الصحة للجميع بحلول عام 2000، ولقد تبنى هذه الإستراتيجية معظم الدول والحكومات في العالم وبخاصة من لها العضوية في المنظمة.[1] وللإشارة فإن منظمة الصحة العالمية تمثل أحد المنظمات الرئيسية التي إنبثقت عن المجلس الإقتصادي والإجتماعي، وتأسست سنة 1946 في مدينة نيويورك من طرف 61 دولة، وبدأت أعمالها بشكل رسمي سنة 1948 في جنيف بسويسرا، وهدفها أن تتمتع شعوب العالم بأعلى مستوى من الصحة.[2] لذلك وبعدما كانت جهود المنظمة وبرامجها موجهة للمكافحة والقضاء على الأمراض المعدية، التي كانت تعرف إنتشارا واسعا في العديد من المجتمعات، وبخاصة في المجتمعات النامية فإن الإهتمام قد تغير بالتزامن مع حدوث إنتقال مرضى أي من أمراض معدية إلى أمراض مزمنة، الأمر الذي أدى بالفاعلين في هذه المنظمة إلى إنتهاج سياسة جديدة تتماشى مع مستوى المخاطر والمضاعفات التي تنتج عن الأمراض المزمنة.[3] وفي هذا الصدد قد تم تبني إستراتيجية شاملة شملت المناطق الإفريقية والمناطق الأوروبية على النحو الآتي:

1-إستراتجية المناطق الإفريقية: لقد وضعت منظمة الصحة العالمية هذه الإستراتيجية الجديدة والموجهة إلى المجتمعات الإفريقية إنطلاقا من إقتراب شامل لإحتواء الأمراض غير المتنقلة، ويعتبر هذا الإقتراب أسلوب حديث لنظام أداء العلاج الصحي في مجال الصحة العمومية، ويهدف إلى تحقيق المساواة في الصحة لكل شعوب المنطقة هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى تسليط الإهتمام على تحقيق التوازن ما بين نشاطات الوقاية اللازمة على المستوى الفردي والمجهودات المبذولة في المجال الصحي المخصص للجماعات، والذي يتركز في التكفل الكامل والإجمالي بالأمراض غير المتنقلة.

تتمثل الفائدة الأساسية لهذه الإقتراب في حصر جميع عوامل الخطر المؤدية إلى الإصابة بالأمراض غير المتنقلة، والتي تبدو محددة وهي التدخين، السمنة، نقص النشاط الجسماني والتلوث، وفي نفس المنوال يمكن جعل هذه الأمراض كهدف من خلاله يتم ترقية الصحة ووضع مقاييس الوقاية منها.

ولعل ما يبرر تحليل هذه الوضعية هو التركيز على نقاط أساسية تندرج ضمن هـــذه الإســـتراتيجية وتتمثل أساسا في قلة المعلومات الموثوقة حول هذه الوضعية، إرتفاع أمل الحياة لدى الأفراد، عوامل الخطر غير المعروفة لبعض الأمراض غير المتنقلة، إلى جانب عوامل خطر هذه النوعية من الأمراض. وهناك هدف يرتبط بمساعدة العلاج الصحي الموجه إلى الأشخاص الذين يعانون من أحد هذه الأمراض بالاعتماد أكثـــر على العلاج الأولي. أما الهدف الأخير فقد خصص لتدعيم الإقترابات الوقائية من المخاطر المرضية.

وفي إطار محاولة تحقيق هذه الأهداف تم تحديد تدخلات ذات أولوية، من ذلك القيام بإجراء تقيـــيم سريع لعبء المرضية الخاص بالأمراض غير المتنقلة وعوامل خطرها، وهذا إلى جانب القيام بإنجاز دراسات

---

(1) E.Tarimo and A.Creese, Achieving Health for all by the year 2000, Midway reports of country experiences,WHO, library cataloguing in publication data, England, 1990, P150.

(2) أمل البكري وآخرون، الصحة والسلامة العامة، دار الفكر، الأردن ط1، 2006، ص 27.

(3) E.Tarimo and A.Creese, Op.cit, P151.

أولية في كل المجالات مع التركيز بشكل فعال على التدخلات غير المكلفة للبرامج الوطنية الفعالة، وهـذا لأجل تحقيق الأداء الطبي الفعال، فيما يخص مسألة العلاج والوقاية من الأمراض غير المتنقلة، وفي المقابـل ينبغي تحسين قدرات الفاعلين في مجال الصحة لأجل التكفل الأفضل بهذه الأمراض، أي من خلال التكوين الخاص بترقية العمل الطبي، ومن المفيد جدا دعم الشراكة مع الفاعلين الإجتماعيين في إطـار إسـتراتيجية مكافحة الأمراض غير المتنقلة. [1] وهذا ما يعطي دفعا قويا للحد من إنتشار هذه النوعية من الأمـراض في المجتمعات الإفريقية، والمضاعفات الناجمة عن هذه الأمراض، والتي تكلف الكثير.

لقد حددت منظمة الصحة العالمية جملة من المعايير لإختيار الأمراض غير المنتقلة حسب أولويتها، وفي هذا الشأن يتم الأخذ بعين الاعتبار الأثر الرئيسي، الذي يكون على عاتق نسق الصـحة العموميـة والإلمام بكل الأسباب المؤدية للإصابة ومحدداتها، ومدى إمكانية الوقاية من هذه الأمراض ومراقبتها.

ومن الأهمية بمكان الإعتماد على الوقاية الأولية لتجنب المرض، وبخاصة لما يتعلق الأمر بالأمراض غير المتنقلة كما هو الحال بالنسبة لأمراض القلب، الضغط الدموي، السكري، السرطان، الأمراض التنفسـية وغيرها، ولقد حددت عوامل خطر هذه الأمراض التي يمكن أن تخضع للرقابة من خلال تطبيق إجـراءات الرقابة، ومن ذلك التبغ، إستهلاك الكحول، التغذية، التحضر،السمنة، كثرة الدهون، الضـغط الـدموي المرتفع وداء السكري.

ومن الجدير ذكره أن أغلبية المجتمعات الإفريقية تعاني الكثير من المشكلات الصحية بسبب الأمراض المزمنة، إضافة إلى بعض الأمراض المعدية، الأمر الذي دفع بالفاعلين في منظمة الصحة العالميـة إلى تحديـد أهداف دقيقة في إطار إستراتيجيتها لمكافحة الأمراض المنتشرة في هذه المجتمعات، ولعل مـن أبـرز هـذه الأهداف تخفيض عبء الأمراض غير المتنقلة من خلال ترقية النمط الصحي السائد، دعم المتابعـة الطبيـة الكاملة بعد القيام بقياس توجهات المرض.

أما بالنسبة للإطار المخصص للعمل، فإن الأمر يتوقف على نقاط هامة، من ذلك وضع مخططـات عمل بالتعاون مع كل الوحدات، ومن ثم تطوير البرامج الوطنية من خلال رزنامة التطبيق الحقيقي، ونظرا لصعوبة تحضير البرامج المحددة لمكافحة الأمراض غير المتنقلة فإن من الأولويات أن يكون التعاون عن طريق الإقتراب الشامل المدمج، وفي إطار برامج العلاج الأولي ينبغي تنظيم ورشات عمل وطنية عند نهاية كـل إتفاق خاص بتوسيع ونشر الإستراتيجية، كما ينبغي أيضا أخذ في الحسبان جميع آراء المتدخلون للمعرفـة الحقيقية بالبرنامج، مع إدراك الإستراتيجيات المرتبطة بكل القطاعات قصد التخفيض من عوامل خطر هذه الأمراض، وقصد نجاح الإستراتيجية المتبعة لمكافحة الأمراض غير المتنقلة في المجتمعات الإفريقية قد سـعت هذه الأخيرة (المنظمة) إلى إتباع أسلوب المتابعة والتقييم، لذلك فبعد تـبني الفـاعلين في المجتمـع لهـذه الإستراتيجية هم ملزمون بتطبيق مؤشرات المراقبة التي حددتها المنظمة وتدعيم البرامج ومراقبتها، وفي هـذه

(1) Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Direction de la prévention Rapport du séminaire Atelier d'élaboration du programme national de lutte intégrée contre les maladies non transmissibles, Op.cit, P,P 21,22.

الإستراتيجية بالذات سعت المنظمة أيضا لتحقيق هدف هام وهو مساعدة الدول الأعضاء لوضع مخططات عمل لأجل العشر سنوات القادمة في ظل إستراتيجية شاملة لمكافحة الأمراض المزمنة.[1] والواقع يستوجب فعلا مخططات عمل حقيقية للتصدي لمخاطر هذه الأمراض التي باتت تنتشر يوما بعد في هذه المجتمعات.

إن من أبرز ما قامت به منظمة الصحة العالمية في إطار إستراتيجية المتابعة والمراقبة الصحية هو مراقبة عوامل خطر الأمراض غير المتنقلة. وذلك عن طريق الإقتراب الذي يسمى بإقتراب " Step" Wise، والذي يعني أداة لمراقبة الأمراض غير المتنقلة المحددة من طرف المنظمة، إلى جانب تحديد المتغيرات المفتاحية الخاصة بوسائل التحقيق والمراقبة التي تساعد على إجراء المقارنة بين الدول الأعضاء في المنطقة، وأيضا بناء قاعـــدة وقائية للتعريف بأبرز الأمراض غير المتنقلة التي تعرفها هذه المجتمعات.

وللإشارة فإن تطبيق إقتراب " Step" Wise قد تضمن ثلاث مراحل هامة لتطويره تتمثل فيما يلي:

- المرحلة الأولى: وتشتمل على الإستبيانات.
- المرحلة الثانية: وتشتمل على الإستبيانات ومقاييس فزيولوجية كإختبار فزيولوجي بسيط.
- المرحلة الثالثة: وتحتوي على إستبيانات، مقاييس فزيولوجية كإختبار فزيولوجي بسيط وجمع عينات الدم لأجل التقييم البيولوجي.[2]

جدول رقم (24): يبين مراحل إقتراب "Step" Wise

النماذج	مرحلة 1 إستبيان	مرحلة 2 مقاييس فزيولوجية	مرحلة 3 تحاليل بيولوجية
المركزي	متغير سوسيو-اقتصادي وديموغرافي،للكحول، التدخين التغذية، قلة الحركة أو النشاط	الأوزان، القامة، مســـتوى العرض الضغط الدموي	الغليسيمي على الريق الكلسترول الكلي
المركزي الموسع	العادات الغذائية، التربية، مؤشـــرات حـــول الأسرة	مستوى الخصر	الكلسترول الجيد تريغليسريد
إختبار (أمثلة)	السلوكات الأخرى التي لها علاقة مع الصحة، الصحة العقلية، الإعاقة، الجروح	المشي حتى ثبات الجسم تكرار إعتلال القلب	إختبار لتخفيف الغلوكوز تحليل البول

المصدر

Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Direction de la prévention Rapport du séminaire Atelier d'élaboration du programme national de lutte intégrée contre les maladies non transmissibles, Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière , Alger, 2003, P24.

لقد إستوجب التوجه نحو نظام مراقبة الأمراض غير المتنقلة تجاوز المرحلة الأولى على الـــرغم مـــن أهميتها لإنطلاق المراقبة، وفي هذا السياق لكي تتكون قاعدة تحقيق بناءا على إستراتيجية المنظمة يتم إختيار عينة تتكون على الأقل من 1600 إلى 2000 فرد وتخص فئات السن القاعدية 25-64 سنة، والتي تســـمح بالوصول إلى معطيات كافية للكشف عن إتجاهات عوامل الخطر البارزة حسب الجنس وفئات العمر، وهذا

(1) Ibid, P23.
(2) Ibid, P24.

باعتبار أن بعض المعطيات النوعية أحسن من الإستخدام في هذه الوضعية الصحية من المعطيات الكثيرة وغير النافعة، الأمر الذي يستلزم إنشاء نسق لمراقبة روتين عوامل الخطر على مستوى وزارة الصحة، وهذا يعتبر حل مثالي. بالإضافة إلى ذلك فإن المراقبة تتطلب محصول للمعطيات على مستوى قاعدة الروتين، لأن هناك عدد من المجتمعات أنشأت نسق لمراقبة الأمراض المتنقلة وغير المتنقلة بإستخدام الأساليب بشكل مماثل،لذلك من الممكن إعتماد عملا موحدا وفقا لأنساق معينة وخطة موحدة وحتى نفس الأشخاص الفاعلين في مجال الصحة.(1)

وعلى هذا الأساس يمكن إستنتاج أن التطور اللاحق الخاص بإقتراب " Step" Wise هو بحاجة إلى الموارد المالية للقيام بمراقبة الأمراض غير المتنقلة، لذلك فمن الضروري التعاون الداخلي ما بين المجتمعات على المستوى الإجمالي والإقليمي للسماح لها بالمشاركة في شبكة " Step" Wise ومن ثم تأكيد المعطيات القاعدية والإجمالية الخاصة بالأمراض غير المتنقلة والواردة لدى منظمة الصحة العالمية.

2-**إستراتيجية المناطق الأوروبية:** تندرج إستراتيجية منظمة الصحة العالمية والتي تم تخصيصها للمنطقة الأوروبية في البرنامج المختصر في CINDI والذي يعني:

Contrywide integrated noncommunicable diseases intervention، ولقد تم وضع هذا البرنامج سنة 1982 بمبادرة من مكتب الصحة العالمي للمنظمة في أوروبا، ومن أهدافه تعريف وتحديد عوامل خطر الإصابة بالأمراض غير المتنقلة، وبالتالي محاولة التخفيض من المعدلات المرضية والوفيات التي تكون سببها هذه النوعية من الأمراض، وذلك من خلال برنامج موحد أساسه مبدأ الوقاية لمكافحة المرض، إلى جانب الحد من عوامل الخطر المرتبطة بالأمراض غير المتنقلة، ولعل أبرز النشاطات التي حددت في إطار برنامج CINDI هي كالآتي:

- تحديد بنية و تنظيم النشاطات الخاصة بالوقاية.
- تطوير برنامج التربية الصحية والإتصال بالسكان.
- تقديم الدعم المعلوماتي لأجل تطوير المؤشرات التي ترتبط بعوامل خطر الإصابة بالأمراض غير المتنقلة.
- ترقية الوقاية ضمن قطاع الصحة من خلال التكوين وتنظيم طرق العلاج، التربية الصحية التي تعتبر التكفل الذاتي بالنسبة للمرضى.
- تقييم نتائج البرنامج لأجل تحسين التكفل ووضع التعديلات والتقويمات اللازمة في كل مرة بإعتبارها ضرورية لذلك.
- تشجيع البحث في مجال الوقاية والتركيز على الأعمال المشتركة.

إن شبكةCINDI تغطي حاليا 27 دولة مع 20 دولة ملتزمة بتطوير البرامج الوطنية الهادفة إلى الوقاية ومراقبة الأمراض غير المتنقلة، يضاف إلى ذلك أكثر من 100 دولة تمثل مواقع للإستدلال، ويتمثل هدف المراقبة التامة لهذه النوعية من الأمراض بالنسبة لمنظمة الصحة العالمية في السماح للدول بإستغلال البيانات

(1) Ibid, P,P 24,25.

المتحصل عليها في سبيل إتخاذ القرارات الخاصة بالتخطيط، الذي يعني مصالح الصحة، في تحديد أولويات الصحة العمومية وبخاصة لما يتعلق الأمر بالتقليل من ظاهرة الوبائية البارزة للأمراض غير المتنقلة.[1] وعلى العموم يظهر أن منظمة الصحة العالمية تحاول السيطرة على الأمراض المزمنة من خلال إستراتيجيتها في الأقطار المختلفة، وبالتالي محاولة ضمان تحقيق مستوى صحي مقبول لكل المجتمعات الإنسانية.

خلاصة:

بناء على ما سبق تناوله في هذا الفصل يمكن القول أنه إتضحت حقيقة هامة، مفادها أن قضية تأثير العوامل والمتغيرات الإجتماعية في إنتشار الأمراض العصرية المزمنة كالضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب هي قضية معقدة متشابكة ومترابطة في كثير من الأحيان، إذ أنها ترتبط بالمجتمعات الإنسانية المتعددة

(1) Ibid, P,P 25,26.

بإختلاف أقاليمها ونطاقها الجغرافي وعاداتها الغذائية وقيمها وممارساتها الصحية، ولكن بشكل عام تعتبر عوامل خطر إرتبطت بجوانب متغيرة ومتبدلة من حياة الإنسان الإجتماعية الإقتصادية، الثقافية، النفسية، الفزيولوجية والطبية، ومن شأن الإنسان أن يحدث فيها تغييرا ما دامت مجرد عوامل ناتجة أساسا عن التغير الذي أحدثه لنفسه، سواء بمحض إرادته أو نتيجة مؤثرات خارجية تدخل في نطاق المجتمع الكلي، ما عدا بعض العوامل منها، والتي تعتبر ثابتة وغير قابلة للتغير كالجنس، العمر، العرق، أو السلالة، التركيب الجيني، فالإنسان لا يمكنه إختيار جنسه، عمره، سلالته...الخ، فهي متغيرات ديموغرافية وإجتماعية لها إرتباط بهذا النوع من الأمراض بشكل أو بآخر .

والواقع أن هذه العلاقة بين العوامل ومستويات الإصابة بالضغط الدموي، السكري وأمراض القلب، هي علاقة تظل تمثل جانبا إرتباطيا هاما بين الصحة النفسية والجسمية للإنسان، ومؤثرات المحيط الإجتماعي الذي يعيش فيه، بالإضافة إلى أنها لا تأخذ فقط طبيعة خطية واحدة، إذ أنها عرضة للتأثر بمتغيرات متعددة وعوامل سوسيو-ثقافية متنوعة، والحقيقة التي لا يختلف عليها إثنان ولا يمكن الإعتراض عليها هي أن زيادة وجود هذه العوامل مجتمعة تلعب دورا مهما في إحداث الإصابة بهذه الأمراض المزمنة .

وفي هذا السياق إتضح أيضا أن الأمراض المزمنة كالضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب أصبحت تمثل العدو الأول للحياة في المجتمعات حاليا، وذلك إما بإضعاف القدرات والطاقات البشرية بسبب عامل الإزمان وما ينتج عنه من مضاعفات خطيرة، وإما بإحداث الوفاة بشكل مباشر، الأمر الذي يقضي على الحياة التي بدأت فعلا، حتى وإن كانت هذه النوعية من الأمراض تظهر بشكل كبير مع الزيادة في العمر، ناهيك عن الآثار المتعددة الأبعاد التي تتركها هذه الأمراض على الناحية النفسية، الإجتماعية والإقتصادية على الفرد، الأسرة والمجتمع، فهناك شعور عام بين الكثير من الأفراد والأسر بأعباء ومتاعب المرض المزمن، وهذا الوضع الصحي لا يمكن أن يؤدي إلى تدعيم الصحة الإنسانية أبدا، بل والأكثر من ذلك يؤدي إلى تراجع قوة وطاقة المجتمع النشيطة .

الفصل الرابع :

ظاهرة إنتشار الأمراض المزمنة في المجتمع الجزائري كالضغط الدموي والسكري والقلب.

- تمهيد

المبحث الأول:نبذة تاريخية عن الإنتقال نحو الأمراض المزمنة في المجتمع الجزائري.

المطلب الأول : الوضع الصحي منذ العهد العثماني في المجتمع الجزائري .

- خلال العهـــد العثمـــاني.
- قبل وأثناء ثورة التحرير.
- ما بعـــد الإستقـــلال .

المطلب الثاني : واقع الأمراض المزمنة حديثـــا في المجتمـــع الجزائري.

المبحث الثاني :أهم الأمـــراض المزمنـــة المنتشـــرة في المجتمـــع الجزائـــري.

المطلب الأول : الأمـــراض المزمنـــة الشائعـــة عمومـــا.

المطلب الثاني : مرض الضغط الدموي ومستوى المعاناة منه في المجتمع الجزائري.

المطلب الثالث : الوضعية الإبدميولوجية لداء السكري في المجتمع الجزائـــري .

المطلب الرابع : مستويات الإصابة بأمراض القلـــب في المجتمـــع الجزائـــري.

المطلب الخامس: السياسة الوطنية لمكافحة الأمراض المزمنة في المجتمع الجزائري.

- خلاصة

إن المجتمع الجزائري كغيره من المجتمعات عرف ولا زال يعرف جملة من التغيرات الإجتماعية والإقتصادية والثقافية وحتى السياسية والأمنية، والتي مست في المقام الأول لخريطة الصحة، حيث تمكنت من تغييرها بإتجاه الأمراض العصرية المزمنة، وذلك بعدما تعرض المجتمع الجزائري في العديد من المرات في وقت مضى إلى الأوبئة الفتاكة والأمراض المعدية التي تراجع خطرها نوعا ما في هذه الأزمة الأخيرة، ولعل محاولة مواكبة التحولات التي يعرفها الإقتصاد العالمي ومواكبة ما يسمى بالعولمة المتنامية، تعتبر من العوامل التي زادت من الضغوط النفسية والإجتماعية التي عاشها ويعيشها الفرد الجزائري اليوم، إلى جانب التغير الذي أصاب نمط التغذية وأدى إلى إنتشار بعض قيم التقليد والعادات الخاطئة في مجال النظام الإستهلاكي للمواد الغذائية وتراكيبها ومن ثم فقدان مفعولها الصحي، وبمقتضى هذه العوامل وغيرها كثر الحديث عن إرتفاع عدد الإصابات والوفاة بنوعية معينة من الأمراض المزمنة من أبرزها ضغط الدم، الداء السكري وأمراض القلب، والجدير بالإهتمام في هذا المحور هو أن هذه الأمراض باتت تنتشر وتتضاعف إنعكاساتها بشكل ملفت للإنتباه حسب المختصين في مجال الصحة العمومية، لذلك بات من الواضح على القائمين في هذا المجال إستطلاع هذا النوع من الأمراض لمعرفة عواملها وأسبابها ومخاطرها وسبل الوقاية منها، ومن ثم إتخاذ إجراءات التكفل بالمرضى المزمنين خاصة وأنها تضعف النشاط الطبيعي عند المصاب، وتقلل سعيه وعمله عن ذي قبل مما يؤثر سلبا على أداء واجباته وأدواره المجتمعية .

ونظرا لهذه الآثار السلبية التي تخلفها الأمراض المزمنة وبخاصة منها مرض الضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب، وسواء كانت جسمانية، معنوية وحتى مادية، فإنه ليس من السهل التكفل بها، لذلك فرضت منظمة الصحة العالمية تطبيق سياسات وبرامج وطنية وقائية هادفة قبل الوقوع تحت وطأت الإصابة بهذه النوعية من الأمراض، وللتأكيد فمن الأجدر أن ترتكز البرامج الوقائية على جميع سبل الكشف عن عوامل الخطر، التوعية الصحية، الكشف المبكر، المراقبة وتكوين المختصين .

المبحث الأول :نبذة تارخية عن الإنتقال نحو الأمراض المزمنة في المجتمع الجزائري .

إن ظاهرة إنتشار الأمراض المزمنة في المجتمع الجزائري حاليا تعد من بين أهم الظواهر الصحية والإجتماعية العامة التي تمثل النقلة الحقيقية في نوعية الأمراض، وهذا ما يعكس التحول الحقيقي في الأوضاع الإجتماعية التي تحدد مستوى الحالة الصحية للمجتمع عامة، ولا شك أن حالات الإصابة بالمرض المزمن كما هو الحال بالنسبة للضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب، أصبحت تعتبر من المسببات الأساسية لحدوث حالات الوفاة في المجتمع الجزائري .

كذلك فإن تتبع المسار التاريخي والوقوف على واقع الوضع الصحي السائد في المجتمع أمر بالغ الأهمية، على الأقل لإعطاء صورة شاملة عن مختلف عمليات التحديث والتحضر التي مر بها المجتمع الجزائري هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى يصبح من السهل إجراء المقارنة البسيطة لفهم كيف كانت تحدث الأمراض وما هي عليه اليوم في المجتمع الجزائري.

المطلب الأول : الوضع الصحي منذ العهد العثماني في المجتمع الجزائري.

إن معرفة التطور التاريخي للوضع الصحي قديما في المجتمع الجزائري يتضح في حقيقة الأمر من خلال التعرض لأهم التحولات الكبرى، التي مست بالدرجة الأولى أنماط الحياة المجتمعية، بما في ذلك السياسة الصحية المنتهجة خلال الفترة الإستعمارية، وكل العمليات الإجتماعية والنفسية التي خصصت لتنفيذ البرامج الطبية كتكوين الأطباء وبناء الهياكل الإستشفائية والتجهيزات وغيرها من الخدمات الصحية، يضاف إلى ذلك محاولة إستقراء الأوضاع والمعوقات الإجتماعية والإقتصادية والثقافية للمجتمع وعلاقة ذلك بالصحة وإنتشار الأمراض، حيث تزداد هذه العلاقة توثقا مع كل مرحلة تاريخية مر بها المجتمع، وعلى الجانب الآخر فإن التفاعل بين الصحة والتنمية المجتمعية يؤدي حتما إلى تعاظم الحاجة لفهم الوضعية الإبدميولوجية أو الوبائية لمعرفة المدى الأوسع لإنتشار الأمراض ومسبباتها، ومن ثم فهم محاولات الحد من أضرارها أو القضاء عليها سواء تعلق الأمر بالفاعلين من المستعمرين أو من الأهالي وبالطبع في مجال الرعاية الصحة، وحصيلة هذا وذاك دائما هي المعطيات الإحصائية والدراسات الإبدميولوجية التي تساعد على إجراء المقارنات، وتعكس أيضا مدى إنتشار الأمراض بجميع أنواعها في المجتمع الجزائري، وعبر جميع مراحله التاريخية التي يمكن حصرها في مراحل أساسية وهي مرحلة العهد العثماني، المرحلة الإستعمارية أو قبل ثورة التحرير وأثناء ثورة التحرير ومرحلة ما بعد الإستقلال .

1- خلال العهد العثماني:

تظهر نتائج البحوث، الكتابات والدراسات هنا وهناك أن المجتمعات المحلية لشمال إفريقيا بما فيها المجتمع الجزائري خلال العهد العثماني، وفي حدود سنة 1830 كانت تتشابه إلى حد بعيد من

حيث الأوضاع الصحية السائدة آنذاك، فهذه المجتمعات لم تكن تخلو من المعاناة الدورية الناتجة عن المجاعات والحروب والأوبئة الفتاكة.[1] وهذه الوضعية الصحية السيئة هي التي جعلت الأفراد والجماعات خلال العهد العثماني بحاجة ماسة إلى المعالجة وعلى مستوى نطاق واسع من فضاء المجتمع، وبالنظر في مسألة التطبيب أنذاك فإن العناية بالعلوم الطبية كانت أكبر من العناية بالعلوم الأخرى (ماعدا علم الفلك)، وعلى الرغم من أن الإيمان بالقضاء والقدر في هذا الشأن كان مهيمنا على العقول بشكل رهيب إلا أن بعض الأفراد كان لهم الإيمان بالعلاج والإستشفاء، وإتخاذ الوسائل والأسباب للحفاظ على الصحة ومن هؤلاء المؤمنون بالحديث المنسوب إلى النبي صلى الله عليه وسلم: «العلم علمان علم الأديان وعلم الأبدان»، ومع ذلك إختلط الطب ببعض الممارسات والعادات والطقوس المتعددة كزيارة ولي أو الشرب من بئر معينة، أما الأدوية الشائعة فقد كانت تعالج في معظمها الجانب الخارجي من جسم الإنسان، فالجراحة وما يشبهها كانت شبه معدومة، وكلمة حكيم هي التي كانت شائعة بدلا من طبيب، ولقد كان التداوي بالنباتات المتوفرة في المجتمع، وبصنع الأشربة وإستعمال طرق مختلفة للتداوي، ومن بين أسماء الأطباء الجزائريين الذين تركوا إرثا طبيا لفترة العهد العثماني هو "عبد الرزاق بن حمادوش" الذي ألف في الطب وأشتهر بالتداوي بالأعشاب، الكي والحجامة وما إلى ذلك.[2] وعلى المستوى العام كانت الحكومة تلجأ للحفاظ على صحة الأفراد إلى ما يسمى بالحجر الصحي، في حالة السماع بإنتشار مرض الطاعون والأمراض المعدية الأخرى، وبخاصة لما يتعلق الأمر بالسفن المتوجهة إلى الجزائر خوفا من إنتقال الأمراض، وفيما يخص المسؤولين فإنهم لم يشجعوا دراسة الطب لأنهم كانوا مهتمين فقط بالأسباب العاجلة للأمراض، فقد وجد من بعض الوثائق أن بعض الباشوات والبايات قد كانوا يهتموا بشؤون صحتهم الخاصة فقط، إذ جلبوا أطباء أوروبيين بالشراء وأغلبهم كانوا يأتون أسرى في حالة النزاعات البحرية، وبعضهم كان مقيما في الجزائر لأهداف تجارية أو سياسية.[3]

وقد لوحظ جلب الحكام وحاشيتهم حتى الأرقاء المسيحيين، فعلى سبيل المثال قام وزير المالية في عهد الداي حسين عندما علم بأن عبده الأسير الألماني "سيمون بفايفر" يتقن فن الجراحة فقام بترقيته من طباخ إلى طبيب القصر، وأذن له بجلب الأدوية وغيرها من الخارج.[4] ومع ذلك فقد

---

(1) دافيد أرنولد، الطب الإمبريالي والمجتمعات المحلية، ترجمة : مصطفى إبراهيم فهمي، عالم المعرفة، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت، 1998، ص-ص 14-15.

(2) أبو القاسم سعد الله، تاريخ الجزائر الثقافي، 1500-1830، دار الغرب الإسلامي، بيروت، الجزء الثاني، ط1 ، 1998، ص-ص 416-417.

(3) نفس المرجع، ص، ص 418، 421.

(4) نور الدين حاروش، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، دار كتامة للكتاب، الجزائر، ط1، 2008، ص97.

وجد أن الباي محمد الكبير كان له إهتمام كبير بقضايا في الصحة والبحث في مجال الطب، الأمر الذي نقله كاتبه "أحمد بن سحنون"، حيث قال أنه كان يهتم بصحة الأفراد ويساعد العلماء على التأليف.[1] ومن زاوية الإرث التركي فيما يخص الهياكل الإستشفائية فقد وجدت بعض المصحات والملاجئ من أبرزها ملجأ في ناحية باب عزون بالجزائر العاصمة، كان يعالج الأمراض العقلية، ووجد ملجأ آخر كان يأوي إليه العجزة من الأتراك والجيش الإنكشاري، كما وجدت بعض المستشفيات الأخرى البسيطة التي كانت تخصص للإهتمام بالأسرى المسيحيين.

ونظرا لمحدودية إتساع هذه المرافق وتوجيهها إلى فئات معينة من السكان، فإن الأهالي وعامة الناس بقوا بدون حماية أو رعاية صحية وحتى وإن كانت هناك تغطية صحية فلم تكن منتظمة، أما بالنسبة للصيدليات فكانت شبه منعدمة فلم يذكر في الوثائق سوى صيدلية واحدة بمدينة الجزائر تقع بالمحاذاة مع قصر الداي ويشرف عليها "باش جراح" الذي كان يشغل منصب الصيدلي والجراح والطبيب في آن واحد، وهذا إلى جانب عدد من الأطباء ذوي الكفاءة الضعيفة ولهم محلات خاصة ومتواضعة كانت تسمى بدكان الطبيب.[2] ويبدو أن هذه الإمكانيات المخصصة لرعاية السكان كانت محدودة وغير كافية، الأمر الذي دفع بالسكان إلى الإهتمام واللجوء إلى الطب التقليدي كآخر سبيل لعلاج صحتهم، ومن الجدير ذكره أن أبرز الأمراض التي كانت شائعة بين السكان الجزائريين آنذاك كبقية سكان العالم هو الطاعون (la paste)، الذي يعرف بأنه مرض معدي خطير، ومما لا ريب فيه أن هذا المرض له تأثيره الخطير ديموغرافيا وإجتماعيا وإقتصاديا على عاتق المجتمع، بإعتباره مرض يرفع من معدلات الوفاة بين السكان فرادا وجماعات، والطريقة التي إنتقل بها الطاعون إلى المجتمع الجزائري تباينت الآراء حولها، فهناك من يقول أن معظم الأمراض المعدية التي أصابت السكان في هذه الفترات جاءت من الشرق وشبه الجزيرة العربية عن طريق سفن الحجاج وغيرها، وهناك من يقول باستيطانه ببلاد المغرب، والبعض الآخر يرجع إنتقال عدوى بعض الأمراض من بينها الطاعون بواسطة الإستعمار الأوروبي أو روابط الإمبريالية (ساعد على ذلك وسائل التجارة والنقل الأوروبية).[3] والملاحظ أن العديد من الأمراض المعدية والفتاكة وليس الطاعون وحده كانت تتسبب فيها علاقة الجزائر بأقطار من المشرق العربي وبلاد السودان، جنوب المغرب الأقصى وبعض المناطق الأوروبية، وفي هذا الصدد تعرض العديد من سكان المجتمع الجزائري لهذه الأمراض الخطيرة في العديد من المرات وبخاصة مابين 1519 و1830، ومن أكثرها خطورة تلك الأمراض التي إكتسحت منطقة بسكرة سنة 1650، حيث خلفت أعدادا معتبرة من الضحايا، ثم جاءت سنة 1781

---

(1) أبو القاسم سعد الله، المرجع السابق، ص419.

(2) نور الدين حاروش، المرجع السابق، ص-ص 95-97.

(3) دافيد أرنولد، المرجع السابق، ص18.

التي راح ضحيتها حوالي 19721 ضحية بمدينة الجزائر فقط، أما في ضواحيها فقد تم تسجيل هلاك خمس السكان بالتقريب، إلى جانب ذلك ظهور أوبئة خطيرة أخرى في غرب البلاد، غير أن أكبر كارثة وبائية أصابت المجتمع الجزائري خلال العهد العثماني هي التي كانت سنة 1815 بسبب ظهور وباء خطير دام ستة سنوات دون إنقطاع وقد شمل معظم مناطق المجتمع.

أما بالنسبة للشرق الجزائري فعلى سبيل المثال قد شهدت مدينة عنابة وباء الطاعون ما بين سنتي 1756 و 1786 وأدى إلى وفاة ما بين 5 إلى 6 وفيات في اليوم الواحد خلال سنة 1785، وإرتفع عدد الوفيات إلى أن بلغ خلال يوم واحد من نفس السنة 103 إصابة قاتلة.[1] وهذا ما أدى بالحكام الأتراك إلى محاولة الحد من إنتشار خطورة داء الطاعون كإتباعهم نظام الحجر لمدة أربعين يوما،وعزل المناطق المصابة بالداء عن غيرها، وإقامة ما يسمى بالحزام الصحي، وبالإضافة إلى مرض الطاعون فقد عانى الجزائريون خلال هذه الفترات من أمراض أخرى كما هو الحال بالنسبة لمرض الجدري، حمى المستنقعات، حمى التيفوس...إلخ.

وللإشارة فإن معظم الأوبئة كانت مصحوبة بحالات صحية سيئة، أوضاع معيشية متدهورة (سوء التغذية)، الأمر الذي أدى إلى المعاناة من المجاعة خلال بعض السنوات 1794، 1800، 1804، 1809، وهذه المجاعات إرتبطت مع ظهور الطاعون كالذي حدث سنتي 1817 و1819.[2] ولا يخفى على أحد أن الأمراض المعدية والأوبئة تمثل سببا رئيسيا من أسباب الركود التجاري الصناعي يضاف إلى ذلك تراجع النمو السكاني وإنخفاض عدد السكان بسبب الوفيات.

2- قبل وأثناء ثورة التحرير :

نظرا لحداثة الدراسات والبحوث الإبدميولوجية في هذا المجال، فلعل ما يثير الدهشة أنه لا يوجد إلا قدر ضئيل من الإتفاق بشأن ما تكونه قضية الوضع الصحي، أو بالأحرى تاريخ الطب والأمراض في المجتمع الجزائري في الفترة الإستعمارية، خاصة وأن معظم الكتابات هي للأوروبيين الذين كانوا يميلون أكثر إلى نوع الدراسات الإستكشافية، وكانوا أيضا يقتصرون عادة على دراسة وباء واحد هادفين من ذلك إلى تعرية الخلافات والتوترات السائدة في المجتمع في فترات الأزمة، بينما يحيط الآخرون بحثهم بإطار من لغة الإقتصاد، أي يحاولون من الناحية الإقتصادية إيجاد العلاقة بين حصول الوباء وما يحدد من موارد صحية وبين البنى السياسية والإقتصادية للحكم الإستعماري، وهناك عدد قليل منهم لديه طموح أكبر لوصف إنتشار المرض في المجتمعات المحلية في إفريقيا وآسيا والأمريكتين، وبالتالي كان الطب والصحة بالنسبة للفكر الإمبريالي كإحدى الدعاوى التي تبرر

[1] نور الدين حاروش، المرجع السابق، ص.ص 105-106.

[2] نفس المرجع، ص 108.

شرعيته، وعلى الرغم من أن هذه الدعاوى تمثل الإثارة للخلاف إلا أنه قال أحد الزعماء الفرنسيين المؤيدين للطب الفرنسي "هيوبرت ليوتي"، أن لهذا الطب أداة للمساعدة في إرساء السلطان الفرنسي في مجتمعات إفريقيا، وقد ذهب إلى أبعد من ذلك إلى حد القول بأن العذر الوحيد للإستعمار هو الطب.[1] وهذا على الرغم أيضا من النتائج السلبية للوجود الإستعماري في هذه المجتمعات كالمجتمع الجزائري، فمن المحتمل أن المستعمرون الأوروبيون قد شكلوا إتصالات وبائية جديدة سواءا عن طريق الإتصالات التجارية القديمة أو بتوصيل أمراض (كالجدري والحصبة) كانت موجودة في أوروبا منذ زمن بعيد، أو بإرساء روابط بين أجزاء من العالم لم يكن يوجد قبلها إلا إتصالات محدودة بين المجتمع منها والآخر.

وفي هذا المجال يبدو أن المنشآت الصحية كالمستشفيات قليلة وضيقة، وتتضمن العديد من النقائص الأخرى، ويبدو أيضا أنه ليس من السهل حصرها بدقة نظرا لأن التقارير والمذكرات التي سجلت من طرف بعض الأطباء والعسكريين غالبا ما هي ذات طابع محلي وجزئية، ومن الأمثلة على ذلك قد إكتفى الدكتور "بوزان" بذكر المراكز التي زارها فعلا وهي 13 مستشفى من بينها 9 مستشفيات أنشئت سنة 1844، وفي هذه الفترة كذلك وما قبلها أي سنة 1843 أعد ضباط الصحة الفرنسيون قائمة تضم 27 مستشفى منتشرة في أكبر مدن المجتمع الجزائري، منها 15 مستشفى لقطاع العاصمة و5 لقطاع وهران و7 لقطاع قسنطينة، وفي سنة 1884 إنتقل الرقم من 27 إلى 33 مستشفى بسعة 13700 سرير، كما تم وضع خريطة إستشفائية تعود إلى عام 1853 وقائمة تتكون من 17 مركز لمنطقة وهران وحدها.[2] وفي حقيقة الأمر فإن هذه الأرقام الخاصة بقوائم المستشفيات مهمة جدا لمعرفة نوعية الخدمات المقدمة في هذه الفترة، ومن المؤكد أيضا أن عدد الأطباء كان ناقصا وأنه علاوة على كونهم عسكريين، فهم غير مستقرين أي يتنقلون مع جيوشهم، وهذا يعني أنه كان يحدث تغيرا كبيرا للأطباء داخل المستشفى، وحتى داخل المصحات المتنقلة، وتمس عملية التغير هذه بما في ذلك تعداد ضباط الصحة ووفقا للإحتياجات.

وتشير مذكرة صادرة عام 1831 إلى أنه لم يتبقى من بين 144 ضابطا جراحا في الجيش حتى تاريخ 1 سبتمبر 1830 إلا 53 منهم في 1 جانفي 1831، وفي سنة 1835 إحتج أحد المسؤلين الفرنسيين عن تقليص عدد مستخدمي مصالح الصحة وفي الوقت نفسه كانت عدوى وباء الكوليرا ينتشر بشكل رهيب، وحيث قال "إنه من الممكن إحصاء 1500 وفاة من جملة 10.000 ساكن بمدينة

---

[1] دافيد أرنولد، المرجع السابق، ص 17.

[2] إيفون تيران، المواجهات الثقافية في الجزائر المستعمرة، المدارس والممارسات الطبية والدين، 1830-1880، ترجمة محمد عبد الكريم أوزغلة، دار القصبة للنشر، الجزائر، 2007، ص،ص 84،85.

معسكر".[1] ويذكر أيضا "ل.بوديكور" "Boudicour" أن عدد يقدر بـــ418 طبيب عسكري سجل سنة 1847 وأصبح يقدر بـــ267 طبيب سنة 1853 وذلك بسبب حملة الشرق، أما بالنسبة للأطباء المدنيين فمن الصعب تحديد عددهم، فقط توجد محاولات منها التي قام بها الدكتور "بوزان" الذي عرف كيف يفرض نفسه كطبيب غير أنه لم يعش في الجزائر أكثر من سنة واحدة، ويعتبر أيضا الطبيب "باين" " Payn" أحد ركائز خدمة الطب المدني، حيث عاش في المجتمع الجزائري ما بين 1834 و1855، غير أن إنشغلاته كانت موجهة لحماية صحة الأوروبيين، أما الأهالي فكان نادرا ما يتحدث عليهم وإلا إذا تعلق الأمر بأخطار حول مرضاه، وفي كل الأحوال ظلت الممارسة الطبية بين الأهالي المدنية والعسكرية أولى إلى الفرنسيين، غير أنها تبقى مفتوحة في وجه الأهالي وبتعليق عادة أيام وساعات الفحص بالنسبة للسكان المحليين هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى فمتغير العداء لعب دورا بارزا في مدى الإقبال على العلاج لدى الطبيب في ظل الإستعمار.[2] وهنا من الصعوبة بمكان البرهنة على ذلك خاصة مع الإحصائيات القليلة وعدم إنتظامها، ولا طائل من القول أن بعض الترددات الصادرة عن السكان في رفض الدخول إلى المستشفى والعلاج لدى الطبيب (الكافر) حسب إنتشار بعض الأفكار الدينية، وعلى الرغم من قصد بعض العرب الأطباء الفرنسيين، ولكن هم واثقون ثقة يسودها الشك في أن يكون هذا العلاج يمثل ممارسة طبية ضارة، وأشكال جديدة للعلاج مقارنة بعاداتهم الخاصة وطرقهم العلاجية المحلية، وفي هذا الصدد توجد إحصائيات يمكن للبعض منها توضيح المرضى المعالجون في المستشفيات العسكرية للمستعمر وفي فترات معينة .

الجدول رقم (25): يبين المرضى المعالجون في المستشفيات العسكرية للمستعمر.

السكان المرضى / السنوات		وهران	بجاية	مستغانم	عنابة	مدينة الجزائر 1843	شرشال	مليانة	التنس
1836	الأوروبيين	437	320	60	2265	-	-	-	-
	الأهالي	155	29	-	265	280توفي منهم 24	-	-	-
1837	الأوروبيين	773	520	77	811	-	-	-	-
	الأهالي	30	25	-	61	-	-	-	-
1846	الأوروبيين	-	-	-	-	-	15	من7إلى40	20 حضور يومي
	الأهالي	-	-	-	-	-	من9إلى10	من2إلى10	1

المصدر : إيفون تيران، المواجهات الثقافية في الجزائر المستعمرة، المدارس والممارسات الطبية والدين، 1830-1880، ترجمة محمد عبد الكريم أوزغلة، دار القصبة للنشر، الجزائر، 2007، ص 87.

[1] نفس المرجع، ص 85.

[2] نفس المرجع، ص 86.

تدل هذه المعطيات على أن الفحوص الطبية المسجلة لدى المرضى المعالجون الفرنسيين عالية مقارنة بالأهالي، ولكن في كلتا الحالتين تبدوا متقطعة وتسمح على أكثر تقدير بتأكيد أن العمل الطبي كان من حيث الكم يمثل أمرا غير مهم في عمل عسكري منهك بإتجاه السكان.[1]

وفي السياق ذاته تبقى الإصابة بالأمراض بالنسبة للأوروبيين أنفسهم أمرا مبهما، أما بالنسبة للعرب كما يقول الطبيب "جون طومبرال" فإنهم يعتمدون على أفكار تثير الفضول حول طبيعة المرض كما هو الحال بالنسبة للقول بأن الدم يتعبني، ينبغي التخلص من الدم الفاسد...الخ، في حين فالأمراض والأسقام التي لم يتمكن تفكيرهم من معرفة أسبابها، فإنهم يرجعونها إلى المشيئة الإلهية وإلى تأثير الأرواح الشريرة مثل الجن الذي يتخذ النفورات مسكن له ويسعى إلى الأضرار بكل من ويقترب منه.[2] هذا بالإضافة إلى الأفكار المرتبطة بما يسمونه بالحرز الذي يوفر لهم الحصانة الفعالة لصحة البدن .

وفي سنة 1843 صرح الطبيب "كاندي" بأن هؤلاء السكان يرجعون كذلك كل شيء إلى الله فيدخلونه في كل شيء وفي الكلام، ويعتبرون الأطباء كأسباب أو أدوات لتحيق إرادته، ولا يستعينون بالأطباء أيضا إلا من أجل الشفاء من الأمراض الميؤس منها، وهنا يمكن القول بأن منظومة القيم الدينية التي تحملها ثقافة أفراد المجتمع لعبت دورا بارزا في بلورت الممارسات الطبية قبيل الإحتلال الفرنسي للمجتمع الجزائري، وهذه سمة من سمات المجتمع التقليدي (بالمعنى الفيبيري)، والتي تعبر عن المواقف المختلفة للمجموعات السكانية القروية.[3] ونظرا للإرتباط الوثيق بين الجهل والأمية وإنتشار الأمراض في المجتمع، فمن المؤكد أن الأمر يتعلق بمظهر أساسي ألا وهو مستوى الوعي الضيق للإهتمام والأهمية التي كانت تعطى للمرض، وما أكده جميع الأطباء في النهاية هو أن مرضاهم يتقبلون في آخر اللحظات أنهم مرضى أو لنقل أنهم لا يعلمون أنهم مرضى، فهم يتجاهلون الألم ويغفلون أعراض المرض الأولى حين يكون الشفاء ممكنا، ولا يبالون بتطورات المرض الثانوية، فكم من مريض بمرض الزهري إنتظر حتى بلغ المرض مرحلة متطورة (المرحلة الثالثة)، ومن ثم يقرر الخضوع للفحص، وفي بعض الأحيان كان المرضى لا يعلمون حتى بإمكانية شفائهم، ويشير ضابط الصحة في منطقة باتنة أن العرب غير مبالين بالصحة ولا يعتنون بها، وحتى معالجة الإصابات الأكثر خطورة لا تمثل بالنسبة لهم سوى أمرا ثانويا لا يتكلفون به إلا بعد أن يفرغوا من أمورهم العادية، وهذه الملاحظة كانت موجودة في مناطق عديدة كما هو الحال بالنسبة لسيدي بلعباس، تلمسان،

---

(1) نفس المرجع، ص 88.

(2) نفس المرجع، ص 100.

(3) جان فافري، التقليدوية والتحديث المعاق، سلسلة المعرفة التاريخية، الأنتربولوجيا والتاريخ حالة المغرب العربي، ترجمة: عبد الأحد السبتي وعبد اللطيف الفلق، دار توبقال للنشر، المغرب، ط1، 2007، ص 108.

بسكرة، المدية، وهران...الخ.[1] وتكشف قراءة هذه الملاحظات أن المرضى كانوا لا يبالون بالصحة وبمخاطر المرض إلا إذا بلغ مرحلة الخطر وكان الوقت قد حان للذهاب إلى الطبيب، حينئذ قد يصبح المرض مزمنا أو مستعصيا على العلاج، وهذا على الرغم من تفشي العديد من الأمراض من ذلك وباء الكوليرا والجدري اللذان كانا يظهران بإستمرار، فلقد إنتشرت الكوليرا وإجتاحت عدة مدن جزائرية منها تنس والقبائل عام 1849 ثم عام 1854، وقد بدى الأهالي أقل إستعجالا في المجيء إلى طلب العلاج، ورفضت القبائل أن يقدم لها الإسعافات الضرورية من قبل الأطباء الفرنسيين وظهر الوباء في مدن جزائرية أخرى مثل بسكرة والغزوات ومستغانم، سيدي موسى، وتلمسان وعندها لم يحقق الطب الفرنسي إلا القليل من النجاح بسبب الأحكام المسبقة للأهالي، وحتى نسبة الوفيات سجلت معدلات مرتفعة و فضيعة، فعلى سبيل المثال سجلت 60 حالة وفاة من ضمن 74 إصابة بالكلورا في قرية "جليس" في ضاحية وهران.[2] ومن الأهمية بمكان أن يذكر هنا كذلك الأرقام المقدمة خلال الفترة الممتدة ما بين 1850 و1880، والتي تعد الأرضية التي إنتشرت عليها الأوبئة وبدون توقف، فهناك بعض الملاحظات مثل التي قدمها "بروسلار" والتي تكشف عن الجثث التي كانت تجمع من شوارع قسنطينة وبعض المدن الأخرى، ويتزايد العدد من الوفيات بصفة لافتة بعد سنة 1867 نظرا للضعف والبؤس اللذين سببهما وباء الكوليرا، بالإضافة إلى تنامي إلتهاب الأمعاء بسبب الفقر، حيث ينطفئ المصابون بهذا الداء ببطء، وهذه الملاحظة الملفتة للإنتباه إنتشرت أكثر خلال سنوات المجاعة الكبرى المشؤومة مما تسبب في تمزق الخيم وتعرية الأكواخ من سقوفها، فمن قسنطينة إلى باتنة ومن برج بوعريريج إلى سطيف تم تسجيل حالات للوفاة بسبب الإرهاق، فالمجاعة كانت حاضرة بموكبها المعروف بالعجز والأمراض.[3] وهذه فعلا تمثل وضعية صحية كارثية كانت بحاجة ماسة للإحتواء، وهناك تقارير نشرت سنة 1851، حاولت أن تدقق الأمراض الأكثر إنتشارا بطريقة تسمح ببلورة طب خاص بها، بذلك تم التوصل إلى التعداد الآتي:الحمى، الجذري الكوليرا، التيفوس، الزهري، أمراض العيون، الجرب، وهذا التصنيف تم حسب الأهمية والأمراض الأكثر إنتشارا والأكثر تسببا في الهلاك أو الوفاة.[4]

وهناك ملاحظة أخرى للأطباء تقول بأنه لا يوجد فرق على الإطلاق بين ظهور الأمراض من سنة إلى أخرى و خاصة بين سنة 1849 و1867، حيث أغلبية الأطباء لم يتمكنوا إلا من وصف الأمراض و الأوبئة جغرافيا، فهم يلاحظون ظهورها هنا وهناك و الآثار التي تخلفها، فالوضع الصحي

---

[1] إيفون تيران، المرجع السابق، ص 153.

[1] نفس المرجع، ص 150.

[3] نفس المرجع، ص،ص316،317 .

[4] نفس المرجع،ص،317.

أصبح غير قابل للتوقع و لا يمكن تجنبه.[1] ويبدو أن هذا الوضع أصبح شأنه شأن الزلزال، الأمر الذي يتأكد من خلال بعض الأرقام المسجلة في سنوات 1851،1850،1849،فقد أدت الكوليرا إلى وفاة 385 شخص من بين 1500 نسمة من سكان سيدي عقبة، ثم إنتقل الوباء إلى بسكرة، كما تم تسجيل بين قبائل سطيف وقبائل بجاية ما يقارب 300 شخص (قبيلة واحدة فقدت 80 شخص خلال 24 ساعة)، ومن بين 700 ساكن شيعت قرية في بجاية 116 ساكنا،و من بينهم 62 إمرأة وطفلا، وفي القل خلف الوباء 61 ضحية من بين500 ساكن، وأخيرا فقدت الدائرة الفرعية من وهران 340 من 1000 ساكن في سنة1854.[2] وفي ظل هذا الوضع الصحي الخاص ولد مشروع حملة التلقيح ضد الأمراض القاتلة، لكن كل محاولات التلقيح الأولى تمت في العاصمة إبتداءا من سنة1982 وبالضبط بمنطقة القليعة ثم توسعة إلى مناطق أخرى من المجتمع، ولكن النقص تعد الأدوات والعتاد إلى نقص الأطباء وأحيانا إذا ما توفر اللقاح يغيب الطبيب هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى الترددات والرفض الذي قابل به السكان هذه الممارسة الطبية الجديدة بالنسبة إليهم.[3] والملاحظ هنا هو أنه لم يكن موجود أي إنتظام لهذه الخدمات الصحية التي يرفضها السكان، وتعتبر هذه العملية أيضا ضحية للشروط والظروف التي كانت تمارس وتطبق فيها.

وفي ظل هذه الظروف الصعبة إستمرت النكبات والأمراض والأوبئة بشكل دوري، ولعل ما زاد الأمر تعقيدا هي ممارسات المستعمر الفرنسي وسياساته الضاغطة على السكان من النواحي السيكولوجية و الإجتماعية و الإقتصادية، وفي هذا الصدد أصدرت الحكومة الفرنسية عدة مراسيم وقوانين أعلنت من خلالها الإمتلاك أو الإستلاء على الأراضي الجزائرية، ولقد زاد الوضع سوءا إذ حدث إنقلاب فلاحي في جميع مناطق المجتمع الجزائري، والذي عمل على تحطيم وقهر القبائل في ممتلكاتها وإحداث أزمة إقتصادية حقيقية أخرى حادة ما بين سنتي 1866-1870، حيث سيطرت من جديد المجاعة ومظاهر البؤس والحرمان إلى درجة اللجوء إلى أكل جثث الموتى، وهكذا قضت مجاعة 1867 وما تلاها من الأزمات على عشرات الآلاف من الأسر الجزائرية، وإنتشر بين سنتي 1869 و1870 الجراد بشكل رهيب مما زاد من بؤس الأهالي وأصبح من الصعب جدا عد الموتى أو الضحايا.[4]

---

[1] صالح فركوس،تاريخ الجزائر،من ما قبل التاريخ إلى غاية الإستقلال، المراحل الكبرى،دار العلوم للنشر والتوزيع، الجزائر،2005، ص369 .

[2] إيفون تيران، المرجع السابق، ص319.

[3] نفس المرجع،ص-ص 321-322.

[4] صالح فركوس،المرجع السابق،ص369.

وبشكل عام أدت مختلف العمليات المتعلقة بنهب الأراضي الزراعية خاصة إلى إنخفاض في مستوى المنتوج الزراعي، وعلى الرغم من هذه النكبات التي ميزت هذه الحقبة الإستعمارية إلا أن عدد السكان الجزائريين كان يتزايد، ولعل هذا الإستلاب والإستلاء أيضا هو ما ساهم في إفتقار السكان وتجويعهم، ومن ثم إرتفاع نسبة الأوبئة والمجاعات في أوساطهم كما هو الحال بالنسبة لإنتشار مرض الجدري والكوليرا ما بين سنتي 1865 و1867، الأمر الذي زاد من تذبذب المسار الديموغرافي للسكان وإرتفاع معدلات الوفيات.[1]

وقد إنتشرت بعض الأمراض أيضا المستوردة مع الإستعمار كجائحة الأنفلونزا سنة 1919، وكذلك بالنسبة لإنتقال عدوى بعض الأمراض كالزهري مثلا الذي ينتقل عن طريق المخالطة الجنسية، وفي هذا الإطار أدت حملات سحق الثورات المحلية والحملات العسكرية فيما بين الحربين العالميتين (1914-1943)، إلى جانب العديد من الأوبئة والتسبب في البعض الآخر منها للسكان المدنيين، كما أدت كذلك إلى الرفع من معدلات الوفيات.[2] وحدث هذا خلال قيام المستعمر بتجنيد جزائريين لمحاربة ألمانيا، وأيضا كان للسياسة الإستعمارية في إطار مشروع تجنيد العمال في المصانع والمناجم آثار صحية خطيرة، مما خلق بيئات مصغرة سهلت نشر الأمراض المعدية والأمراض التناسلية، كما ساعدت على إدمان الكحول وما وجد من تلوث صناعي، وهذه أمراض جميعها نقلت إلى عائلات العمال عند رجوعهم إلى قراهم.[3]

وفي هذا الصدد فإن معرفة الثورة التحريرية هي التي تسمح بفهم وتفسير جزءا مهما مما حدث لنسق الصحة في هذه الفترة الحرجة، بالإضافة إلى أن إستعاب موقف الفاعلين في جميع المجالات بما فيها مجال الصحة في المجتمع الجزائري تجاه المسائل التي ظهرت بعد الإستقلال، وإنطلاقا من الإستقلال يظهر كأن جزءا من المجتمع الجزائري قد إبتدأ من الصفر إلا أن مجتمع الإستقلال لم ينطلق من تلك الفترة، وحركة البناء الإجتماعي لما بعد الإستقلال تعود أهم أحداثها إلى ركائز البناء التاريخي في السابق للمجتمع الجزائري، فمنذ سنة 1954 نظم السكان أشكالا خاصة من التضامن برزت في المجتمع حسب متطلبات حركة التحرير، والتي جعلت الأسرة الحضرية تعيد بناء نفسها من خلال إستقبال العائلات الهاربة من الريف نتيجة القمع والعنف وكل أشكال الإستبداد مما أدى إلى

---

[1] أبو القاسم سعد الله، تاريخ الجزائر الثقافي 1830-1954، دار الغرب الإسلامي، بيروت، ط1، الجزء السابع، 1998، ص 228.

[2] دافيد أرنولد، المرجع السابق، ص 190.

[3] نفس المرجع، ص 19.

تدمير بنية العائلات وتشتيتها.[1] ويلاحظ أن هذه المرحلة الإستعمارية قد عرفت فيها العائلة الجزائرية تغيرات عديدة مست مراكز الأفراد من جهة، ومن جهة أخرى مست مختلف القيم والتقاليد السائدة في جميع مناحي الحياة الإجتماعية، بما في ذلك الوضعية الصحية للمجتمع مما أدى إلى زيادة تمسك الأفراد خاصة بقيمهم وتقاليدهم الراسخة في أذهانهم، وهذا نظرا لإحساسهم بخطر المستعمر على تهديد كيان عائلاتهم، وهذه التغيرات كما يرى " مصطفى بوتفنوشت " قد زادت من تعقيد الوضع في المجتمع الجزائري، حيث أصبح يشهد نوعا من الغليان أو الهيجان Un Bouleversement وهذا أثر في جميع الفترات اللاحقة التي مر بها.[2] إذا فمن الواضح جليا أن نسق الصحة كغيره من الأنساق الإجتماعية الأخرى يبدو منهكا ومترديا خلال هذه الفترة الإستعمارية، ولعل الظروف الإجتماعية والإقتصادية الصعبة، التي عاشها أفراد المجتمع أثناء الثورة أدت إلى فقر عام وتزايد عدد البطالين، وبالتالي إرتفعت حالة من التذمر والسخط خاصة لدى فئة الشباب ففي سنة 1954 كان حوالي 50% من الأفراد دون سن العشرين، وهذا مؤشر على وجود مشكلات حادة مثل الأمية والبطالة والتشرد والسرقة والإجرام وهذه جميعها ظواهر إزدادت تطورا يوما بعد يوم أثناء هذه الحقبة الزمنية، وعلى سبيل المثال فقد بلغ عدد البطالين والفقراء الجزائريين أكثر من أربعة ملاين نسمة أي ما يقارب نصف مجموع الشعب الجزائري، وبقدر ما عانى الجزائريين من سياسة التجهيل ومحاربة الدين والأمية، فقد إرتفعت نسبة الأمية عن 90% وكان هناك حوالي1 مليون طفل في عمر الدراسة حرموا منها.[3] أما النخبة المثقفة فهي أقلية تافهة، حيث لم يكن يحسن القراءة والكتابة باللغة العربية والفرنسية سوى 5%، [4] وحسب معطيات الثورة هذه فإن الفرد الجزائري عاش ظروفا سيئة وصعبة للغاية، فقد عانى الكثير من الفقر والحرمان، كما شهد جميع الأمراض الوبائية والمعدية، ولعل من أهم الأمراض التي إنتشرت خلال هذه الفترة هي : مرض الملاريا مرض السل، مرض الكوليرا، ومرض التيفوئيد والإسهال ...الخ، أما بالنسبة للوفيات وعلى غرار وفاة مليون ونصف المليون شهيد، فقد سجل المجتمع الجزائري نسب عالية، وهي من أعلى النسب في العالم وخاصة منها وفيات الأطفال، ويضاف إلى ذلك الحرمان من حق الرعاية الصحية، فالقليل من الأشخاص الذين كانت لهم فرصة العلاج العام والمتخصص وحتى المستشفيات كانت

---

(1) مصطفى بوتفنوشت وآخرون، التغيرات الإجتماعية في الجزائر منذ الإستقلال، المجلة السنوية لمعهد علم الإجتماع، ديوان المطبوعات الجامعية ، الجزائر، رقم 3 خاص، 1986، ص 2.

(2) Mustafa Boutefnouchet ,la famille algérienne quel modèle ? , Collection le lien, changements familiaux et changements sociaux, actes du 3 eme colloque, département de sociologie 20-21 janvier 2004, Publication de la faculté des sciences humaines et sociales, Université d'Alger 2005-2006 , Alger, Deuxième partie, Numéro 3, 2006, P7

(3) صالح فركوس، المرجع السابق، ص.ص 123.124.

(4) جان فافري، المرجع السابق، ص 103.

تتواجد على مستوى المدن الكبرى أين يتواجد المحتل بكثافة، في حين بقيت المناطق الريفية تعاني من أدنى المراكز الصحية وتعتمد في شفاء مرضاها على الطب التقليدي والأعشاب الطبية، وبالتعبير الإحصائي فإنه تم تسجيل قرابة 300 طبيب لكل 10 ملايين نسمة.[1] وللإشارة حتى الآن لا يعرف إلا القليل جدا عن طبيعة ومدى إنتشار الأمراض والأسباب الأخرى للوفيات عدا الأسباب الإستعمارية، ولعله قد حدثت كوارث وبائية وإيكولوجية لم تجد طريقها إلى التسجيل في أي تقرير تاريخي يظل باقيا، وذلك نتيجة للإنشغال الكبير بأمور الثورة ولكن يمكن القول أن زيادة الأوبئة والأمراض المعدية كانت واضحة مع الوجود الإستعماري الذي خلق حملا وضغطا كبيرين على صحة الأفراد في المجتمع الجزائري.

3- ما بعد الإستقلال :

وغداة الإستقلال وبعد إنتهاء ثورة التحرير -كما سبقت الإشارة إليه- كان نسق الصحة في المجتمع الجزائري منهكا، حيث ورث هذا الأخير من المرحلة السابقة حالة صحية تحمل الكثير من الأمراض والأوبئة الخطيرة، وحتى أوضاع إجتماعية وإقتصادية متدهورة أثرت في مختلف مراحل بناء المجتمع اللاحقة، ولعل من هذه الوجهة تمثل أحداث 5 أكتوبر 1988 أحسن مثال للتعبير عن الإنفجار في الأوضاع الإجتماعية خاصة في مرحلة البناء الإجتماعي الأولي لما بعد الإستقلال، أين كان المجتمع الجزائري يبحث عن حالة تحقق له التوازن غير أنه لم يجدها بعد.[2] وهذا على الرغم من الإهتمامات والإجراءات والتعديلات التي طرحت لتخدم المنظومة الصحية والإجتماعية بعد الإستقلال.

وفي ضوء هذه المعطيات وغيرها يمكن الإقتراب من معرفة بعض النواحي الصحية، وبالأخص فيما يتعلق بالبرامج والسياسات الصحية الهادفة إلى التحكم في آفة الأمراض الوبائية التي كانت منتشرة بين أفراد المجتمع، إلى جانب محاولة تعميم العلاج الوقائي الفعال وبخاصة مع المعطيات الجديدة التي برزت مباشرة بعد الإستقلال كما هو الحال بالنسبة للزيادة السكانية والتي بدأت تتضاعف.[3] وأيضا مشكلة الأمية التي بلغت سنة 1962 نسبة قدرت بـــ85% من السكان الجزائريين.[4] وإضافة إلى طغيان فئة الشباب، حيث ثلاث أرباع من أفراد المجتمع لا يزيد عمرهم عن 30 سنة، أما ظاهرة الشيخوخة فهي ليس بمشكل كبير، في حين معدلات وفيات الأطفال

---

(1) نور الدين حاروش، المرجع السابق، ص 128.

(2) Mustafa Boutefnouchet ,la famille algérienne ,quel modèle ?, Collection le lien, changements familiaux et changements sociaux, Op.cit, P 8.

(3) نور الدين حاروش، المرجع السابق، ص 132.

(4) مصطفى بوتفنوشت، من صور أنماط الألفة الإجتماعية في المجتمع الجزائري، ترجمة: حسن بن مهدي، الثقافة، مجلة تصدرها وزارة الثقافة والسياحة بالجزائر، الجزائر، العدد 88، 1985، ص 54.

لوحدها كانت تشكل خطرا كبيرا إذا قدرت بـــ58 ألف وفاة، وهذه جميعها تمثل عوائق على المستوى الصحي دفعت الفاعلين في هذا المجال إلى التركيز على عناصر الوقاية من مسببات الأمراض ومن أهمها الماء، الغذاء، النظافة الجسمية، السكن، الطب المدرسي وطب العمل، يضاف إلى ذلك طب الأطفال الذي يمثل الأولوية في القضاء على العديد من الأمراض المعدية والخطيرة كالدفتيريا والشلل والحصبة والكزاز...الخ، وهذه الأمراض هي التي زادت من وفيات الأطفال وبشدة.[1]

وفي هذا الشأن إتبع الفاعلون في مجال الصحة خلال الفترة الممتدة بين 1962-1965 سياسة صحية ترتكز على إعادة إنعاش ما خلفه الإستعمار من بنايات وهياكل صحية، والتي كانت تتواجد في كبريات المدن الجزائرية كالجزائر العاصمة، وهران، قسنطينة، بالإضافة إلى بعض العيادات الخاصة التي تشغل حوالي 600 طبيب معظمهم من الأجانب.[2] وذلك نتيجة للأوضاع الصحية – كما تم ذكره آنفا- والتي كانت كارثية من حيث ظروف الحياة الإجتماعية، وسوء التغذية وقلة النظافة ونقص التأهيل الصحي، مما أدى إلى نشر فوارق إجتماعية وجهوية كبيرة، و لم يتوفر نسق الصحة قبل سنة 1965 إلا على 1319 طبيبا منهم 285 جزائريا وهو ما يعادل طبيب واحد لكل 8092 ساكن، و264 صيدليا، وما يعادل كذلك صيدلي واحد لكل 52323 ساكن، في حين قدر عدد أطباء الأسنان بحوالي 151 طبيب، أي طبيب أسنان واحد لكل 70688 ساكن.[3]

أما بالنسبة للهياكل القاعدية الإستشفائية فقد تم تقدير بحوالي 39000 سرير سنة 1967، وهذه الأرقام تعبر عن العجز الدائم الذي عرفته هذه المرحلة، مما دفع بالدولة من الجانب الآخر إلى إتباع سياسة الحملات التلقيحية للقضاء على بعض الأمراض الفتاكة والمعدية.[4] وهذا مؤشر آخر على تدني المستوى الصحي في بداية الحياة الإجتماعية للمجتمع المستقل.

ولقد تبنى الفاعلون في مجال الصحة أيضا في الفترة الممتدة ما بين 1965 و 1979 عدة برامج صحية وبخاصة مع بداية المخطط الوطني، وكذا بداية نشاط المعهد الوطني للصحة العمومية الذي أنشأ سنة 1964، وبصدور بعض القوانين المنظمة لمهنة الطب والصيدلة سنة 1966، وتمت عملية الإرتقاء بالتكوين الطبي والشبه طبي، وإنشاء بعض الهياكل القاعدية من مستشفيات وقاعات العلاج والمراكز الصحية على مستوى البلديات والأحياء، وإنشاء ما يسمى بالعيادات المتعددة الخدمات، إبتداءا من سنة 1974، كما تم الإهتمام بالقضاء على كل ما يساهم في إنتشار الأمراض المعدية أو

---

(1) نور الدين حاروش، المرجع السابق، ص 129.

(2) نفس المرجع، ص 132.

(3) نفس المرجع، ص-ص 132-133.

(4) نفس المرجع، ص 133 .

المتنقلة كتوفر المياه الصالحة للشرب، وقنوات الصرف الصحي، والنتيجة كانت بنسبة 37% من السكان مزودة بالمياه الصالحة للشرب، ونسبة 23% ممن يمتلكون قنوات الصرف الصحي.

ومن الإجراءات الفعالة أيضا في مجال الصحة هي بداية الحملات الوطنية للتلقيح B.C.G مابين سنتي 1969و1970 ومنها التلقيح ضد الشلل، ووضع إستراتيجية لمكافحة مرض الملاريا سنة 1965، وفي جميع المناطق التي إنتشر فيها الوباء، وهذا بالتعاون مع منظمة الصحة العالميةOMS، كما تمت مكافحة مرض الرمد وإلزام السكان بالتبليغ عن المصابين به إجباريا.[1] إلى جانب ذلك تم تخصيص برنامج للحماية من حوادث العمل، وتأسيس لجان الوقاية والنظافة وهذا نظرا لتوجه المجتمع نحو إقامة المصانع والمباني وكل ما يزيد من الحوادث المؤدية للوفاة، بحيث أصبح الميدان الصناعي يحتل المرتبة الثانية من وجهة إستيعاب اليد العاملة، إذ قدرت بـــ17.2% سنة 1977 بعد ما كانت لا تستوعب سوى 10%سنة 1966، وقد إرتبط هذا التوجه العام بهجرة سكان الريف إلى المدن، حيث تم تسجيل حجم الهجرة الداخلية ما بين سنتي 1973 و 1977 بحوالي 130.000 مهاجر سنويا، مما أدى إلى رفع عدد سكان المدن من3700.000 إلى 70.95000 ساكن، أي ما يعادل من 31% إلى 41% من المجموع الكلي للسكان.[2] ويمكن تفسير ذلك بعامل التغطية الصحية التي لم تكن عادلة بين المناطق الحضرية والريفية، حيث وجد أن معظم الهياكل القاعدية والفرق الطبية والشبه الطبية كانت تتمركز في المدن الكبرى وكادت تغيب في المناطق الريفية.[3] وهذه الملاحظة لازالت تنطبق على العديد من مناطق المجتمع الجزائري حتى في الوقت الحاضر.

وفي هذا الصدد وفي إطار توحيد النظام الوطني للصحة أكد دستور سنة 1976 على العلاج المجاني بإعتباره مكسبا ثوريا وقاعدة لنشاط الصحة العمومية، وما دعم هذه المسألة هو تأكيد حق الطب المجاني لكل مواطن في المادة 67 منه والتي تنص صراحة على أن "كل المواطنين لهم الحق في حماية صحتهم، وهذا الحق مضمون بخدمات صحية عامة ومجانية وبتوسيع مجال الطب الوقائي والتحسين الدائم لظروف العيش والعمل، كذلك ترقية التربية البدنية والرياضية ووسائل الترفيه".[4] وقد توافق هذا الإهتمام والحماية القانونية بالصحة في المجتمع الجزائري في هذه الفترة مع الإهتمام والحماية الدولية بالصحة للجميع في المؤتمر العالمي بالإتحاد السوفياتي سابقا في ألما-أتا (ALMA-ATA) سنة 1978، وهذا برعاية المنظمة العالمية للصحة OMS، وصندوق رعاية الطفولة UNICEF، حيث تم الإعلان عن شعار الصحة للجميع بحلول عام 2000، وتم التأكيد على عدة

---

[1] نفس المرجع، ص 136.

[2] بلقاسم سلاطنية،سامية حمدي، العنف والفقر في المجتمع الجزائري، دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة، 2008، ص129.

[3] نور الدين حاروش، المرجع السابق، ص 139.

[4] الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، جبهة التحرير الوطني، دستور1976، جبهة التحرير الوطني ، الجزائر، 1976، ص30.

عناصر تتعلق بحماية صحة الأفراد منها رعاية الأمومة والطفولة، والوقاية من الأمراض المحلية المتوطنة، التطعيم ضد الأمراض المعدية الرئيسية...إلخ.[1] وهذا يعني أن هذه الفترة الممتدة مابين الستينات والسبعينات تميزت بالخدمة الصحية المجانية وعدة مخططات تنموية أخرى.[2] وعلى الرغم من الإهتمام بالرعاية الصحية الملموسة من حيث الحماية الإجتماعية والهياكل القاعدية والموارد البشرية، إلا أن ذلك لا يعبر عن التطورات اللازمة للوضعية الصحية في المجتمع الجزائري، فالتعبير الإحصائي يكشف عن تسجيل في نهاية السبعينات وبداية الثمنينات معدل إجمالي للوفيات قدربـــ11.7%.[3] أما بالنسبة لوفيات الأطفال la mortalité infantile فقد سجلت لها إنخفاض بين العشرية التالية 1970-1980، إذ إنتقلت من 142‰ إلى 84.7‰ .[4] وهذه نتيجة وحيدة تبدوا معتبرة سجلت خلال هذه الفترة، إلى جانب النتيجة المتعلقة بتطور توقع الحياة عند الولادة بالسنوات الذي قدر سنة 1970 بـــ52.6% سنة للرجال وبـــ52.8 سنة للنساء، ووصل سنة1980 إلى 55.9 سنة لدى الرجال و58.9 لدى النساء.[5]

وفي هذا الصدد ومنذ بداية سنة 1975 إعتمدت برامج صحية تطبيقية في إطار المخطط الرباعي الثاني، وتم تحديد المشكلات الصحية ذات الأولوية و المرتبطة بالمشكلات الإقتصادية والإجتماعية البارزة آنذاك، ولعل من أبرز المشكلات الصحية التي تم التركيز على مكافحتها هي الأمراض المتنقلة كما هو الحال بالنسبة لمرض الملاريا، ومرض السل، ومرض الرمد، والأمراض المعدية الأخرى، وأمراض إلتهاب المفاصل الحادة والأمراض الزهرية والحصبة...إلخ، وفي المقابل بدء بالظهور نوع آخر من الأمراض لم يكن منتشرا أو مألوف من قبل في المجتمع الجزائري وهي الأمراض غير المتنقلة، مما أدى إلى وضع برنامج صحي آخر لمكافحة هذه النوعية الجديدة من الأمراض، والتي أبرزها أمراض القلب والأوعية الدموية والسرطان والسكري وسوء التغذية والشلل والربو والمضاعفات بعد الولادة والأمراض العقلية وتسوس الأسنان والإعاقة الحركية والصم والبكم والعمى.[6] وعلى الرغم من المجهودات المبذولة في مكافحة هذه المشكلات الصحية إلا أن التغطية

---

(1) E.Tarimo and A.Creese, Op.cit, P151 .

(2) بلقاسم سلاطنية، سامية حمدي، المرجع السابق، ص 131.

(3) Jilali Sari, Implications de la métamorphise de la pyramide des âges, Collection le lien, changements familiaux et changements sociaux, Op.cit, P 78.

(4) Ouardia Labsari, Les évolutions démographiques Recentes en Algerie quelles interprétations ? quelles implication sur la famille ?, Collection le lien, changements familiaux et changements sociaux, Op.cit, P 95.

(5) Ministère de la sante, de la population et de la réforme hospitalière, Politique nationale de population à horizon 2010, Rapport du comité national de population, Ministère de la sante, de la population et de la réforme hospitalière, Alger, 2002, P13.

(6) نور الدين حاروش، المرجع السابق، ص-ص 141-142.

الصحية أيضا خلال هذه المرحلة قد إقتصرت على المدن الكبيرة والولايات، ومن جهة أخرى بقيت العديد من المناطق الريفية تعاني من نقص كبير وأحيانا إنعدام للتغطية الصحية .

ومع نهاية هذه المرحلة أي سنة 1979 ظهرت هيئات صحية جديدة سميت بالقطاعات الصحية تشمل المستشفيات والعيادات المتعددة الخدمات، كما أنه وصل عدد الفاعلين في الهيئة الطبية الجزائرية إلى 3761 طبيا، يضاف إليهم 2320 طبيا أجنبيا، ويضمن هذا العدد من الأطباء تغطية صحية تقارب طبيبا واحد لكل 2960 ساكنا، ولكن إذا ما قورنت هذه المؤشرات بالكثافة الطبية في المراكز التكوينة فتصبح لا معنى لها، وهذا إلى جانب عدد أعوان الشبه الطبي الذي قدر بـــــ4669 ممرضا وعونا لعدة تخصصات، الأمر الذي يعادل عون شبه طبي واحد لكل 386 ساكن.[1] وما يمكن ملاحظته في هذه المرحلة هو بداية تراجع الأمراض التي خصصت لها تلقيحات إجبارية ومجانية، مما أدى إلى إنخفاض في وفيات الأطفال، غير أنه يلاحظ من جهة أخرى بقاء إنتشار بعض الأمراض التي لها علاقة بنظافة المحيط والحالة السكنية والمياه والتسممات الغذائية ...الخ.[2] وهذه حالات ترتبط أساسا بمستوى الوعي الصحي الإجتماعي.

أما فيما يخص المشكلات السوسيو-نفسية والإقتصادية التي لها صلة وثيقة بالصحة فقد إرتبطت بالسياسة الإشتراكية، التي تركزت في فترة السبعينات على تأميم الثروات الطبيعية وتوسيع رقعة القطاع العمومي، لأجل التكفل ببعض المطالب الإجتماعية والإقتصادية للسكان مثل التعليم، تشغيل اليد العاملة، إنشاء المصانع والهياكل القاعدية بما فيها الصحة إلا أن قطاع السكن بقي يعرف نقائص كبيرة، وأزمة السكن بقيت بدون حل جذري.[3] وفي الحقيقة إلى اليوم هذا من جهة، ومن جهة أخرى إستفادت بعض الفئات الإجتماعية الضعيفة من السياسة المتبعة في هذا المجال بإستثناء بعض الفئات المتواجدة بالمناطق النائية، وفي المقابل ظهرت إلى الوجود ظواهر سلبية تغلغلت في ظل النموذج الإقتصادي الإشتراكي، ولعل النمط الإستهلاكي الذي إستفادت منه بعض الفئات الإجتماعية ذات النفوذ ومكانة مركزية في المجتمع وكونت ثروات طائلة في ضل القطاع العمومي وإستثمارها في ظل القطاع الذي نشئ لاحقا (الخاص) يمثل مؤشرا هاما لظهور الأزمات الإجتماعية والإقتصادية والصحية الحالية.[4] وأزمة إنتشار الأمراض غير المتنقلة حاليا خير دليل .

---

[1] نفس المرجع، ص 145.

[2] نفس المرجع، ص 147.

[3] رشيد ميموني، تحليل بعض العناصر الإجتماعية والثقافية لدراسة نمط الإستهلاك في الجزائر، دفاتر مخبر التغير الإجتماعي، المرجع السابق، ص 196.

[4] نفس المرجع، ص 197.

إذا من خلال ما سبق ذكره يمكن القول أن المنظومة الصحية خلال هذه المرحلة عرفت بعض المؤشرات الصحية والإجتماعية الهامة، من أهمها الطب المجاني بما فيه التكفل المجاني بالأطفال سواء في مراكز الأمومة والطفولة أو على مستوى المدارس، بالإضافة إلى التلقيحات الإجبارية والمجانية ضد الأمراض المعدية، وبالرغم من ذلك فإنه يعاب على هذه المنظومة من حيث عدم تبني أهداف واضحة للوقاية والقضاء على الأمراض المتنقلة، وتفادي إنتشار الأمراض الجديدة غير المتنقلة (يبدوا أن الأهداف الصحية كانت تلبي الطلب قدر الإمكان فقط)، والتي إرتبطت بتشكيل البنية الإجتماعية الجديدة أيضا والتي أفرزتها الممارسات المستحدثة السياسية والإقتصادية والفوارق الإجتماعية...الخ .

وإلى هنا يمكن بداية الحديث عن الوضع الصحي في المجتمع الجزائري من سنة 1980 إلى اليوم، ولقد تم التركيز خلال هذه المرحلة على دمج النسق الصحي ضمن المخطط الوطني للتنمية الإقتصادية والإجتماعية، كما تم إعتبار مشكل الصحة ليس مشكل وزارة الصحة وإنما يشترك فيه كل القطاعات والتنظيمات الوطنية الأخرى.[1] ونظرا لأهمية الطب المجاني فقد إستمر التركيز عليه خلال سنوات الثمانينات والتسعينات، مما تطلب من الدولة إنشاء هياكل صحية جديدة سنة 1986 وتمثلت أساسا في المراكز الإستشفائية الجامعية، كما تم إصدار منشور وزاري سنة 1995 يتعلق بمساهمة المرضى في تسديد نفقات الإيواء والطعام في الوسط الإستشفائي، وفي سنة 1993تمت الإشارة ضمن قانون المالية إلى بداية تولي الدولة التكفل بسبل الوقاية والبحث والتكفل بالمعوزين، في حين تبقى العلاجات الأخرى تتم طبقا لنظام تعاقدي بين المؤسسات الإستشفائية وهيئات الضمان الإجتماعي، وتمت تجربة هذا النظام التعاقدي بداية من سنة 1997 إلى غاية سنة 2000.[2] وفي سنة 2007 تم فصل الإستشفاء عن العلاج والفحص، في إطار إعادة تنظيم المؤسسات العمومية الإستشفائية ومؤسسات الصحة الجوارية، ويهدف هذا التنظيم اللامركزي إلى تسهيل الوصول إلى العلاج وتقريب المستشفى إلى الأفراد.

أما بشأن التغطية الصحية من ناحية الهياكل الصحية فقد سجل مثلا سنة 1998 حوالي 02 سرير لكل 1000 نسمة، عيادة لكل 60731 نسمة، مركز الصحي لكل 25454 نسمة، قاعة علاج لكل 6667 نسمة، عيادات الولادة 4862 سرير.[3]

ومن المهم أيضا رصد بعض المؤشرات الصحية التي سجلت خلال هاتين العشريتين وحتى سنوات الألفينيات، وعليه قد سجل مؤشر توقع الحياة في سنة 1985 حيث قدر المعدل بالسنوات بـــ62.7 سنة للرجال و 64.2 سنة للنساء، وقدر في سنة 1996 بـــ66.8 سنة للرجال و74.4 سنة

[1] نور الدين حاروش، المرجع السابق، ص 151.
[2] نفس المرجع، ص 152.
[3] نفس المرجع، ص 153.

لدى النساء.[1] ويلاحظ هنا إرتفاع ملموس في مؤشر توقع الحياة والسبب في ذلك يعود إلى التطور الطبي في شقيه الوقائي والعلاجي، أما بالنسبة لمعدل الوفيات الإجمالي فقد تم تقديره سنة 1985 بـــ8.4 لكل 1000 ساكن وفي سنة 1990 قدر بـــ6.03 لكل 1000 ساكن، وفي سنة 1998 قـــدر بـــ5.82 لكل 1000 ساكن.[2]

يضاف إلى ذالك مؤشر هام وهو معدل وفيات الأطفال الرضع والذي قدر بـــ57.8‰ سنة 1990 وإنخفض إلى 53.81‰ سنة 1999.[3]

وعلى الرغم من بعض التحسن الملحوظ من خلال هذه المؤشرات إلا أن تقريرات المنظمة العالمية للصحة حول الوضع الصحي في المجتمع الجزائري تدل عن وجود نقائص كبيرة ومتعددة، وعلى الرغم أيضا من المبالغ المالية العمومية المخصصة للقطاع الصحي والتي تقدر بـــ9.1% من الميزانية العامة، غير أن الخدمات الصحية تبقى دون المستوى، وخاصة لما يتعلق الأمر بوفيات الأطفال[4]، والواقع يكشف فعلا هذا الوضع الصحي غير المتوازن فالطلب على الإستشفاء يتجاوز ما هو كائن ومخصص للرعاية الصحية في المجتمع.

ولقد إستمر الوضع الصحي بعد سنوات الألفين (2000) بنفس التقييم أي بنوع من التحسن مقابل نقائص عديدة، والدليل على ذلك المؤشرات المرصودة خلال سنة 2005 مثلا، إذ يمكن ذكر منها أن معدل وفيات الأطفال الأقل من 5 سنوات قدر بـــ40.5 من الألف حسب تقرير المنظمة العالمية للصحة وحسب المعطيات الجزائرية قدر بـــ35.8 من الألف، توقع الحياة بلغ 74 سنة، التلقيح ضد الشلل 98%، الدفتيريا والكزاز والسعال الديكي 87%، التلقيح ضد إلتهاب الكبد الفيروسي 89%.

وللإشارة فإن متوسط توزيع الأطباء قد قدر بطبيب واحد لكل ألف فرد، أما الهياكل الإستشفائية فسجلت أقل من سرير لكل ألفين فرد وحتى وإن كانت هذه التغطية الصحية تقارب المستوى العالمي على المستوى الكلي للمجتمع، فما يلاحظ على مستوى الأجزاء عكس ذلك.[5] أي هناك تفاوت كبير بين مناطق المجتمع مما يفسر بعدة أسباب منها سوء توزيع الأطباء، وعدم التحكم في التوازن الجهوي...الخ

---

(1) Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Politique nationale de population à horizon 2010, Rapport du comité national de population, Op.cit, P 13.

(2) Jilali Sari, Implications de la métamorphise de la pyramide des âges, Collection le lien, changements familiaux et changements sociaux, Op.cit, P 79.

(3) Ouardia Labsari, les évolution démographiques récentes en Algérie quelles interprétations?, Quelles implication sur la famille ?, Collection le lien, changements Familiaux et changements sociaux, Op.cit, P95.

(4) نور الدين حاروش، المرجع السابق، ص154.

(5) نفس المرجع، ص 155 .

أما فيما يتعلق بالظروف الإجتماعية والإقتصادية التي ساهمت في عرقلة وتأخير بأية صورة برامج وإستراتيجيات تحسين الوضع الصحي خلال هذه الفترات فهي عديدة، من أبرزها النمو الديموغرافي المتضاعف خلال العقود التي تلت الإستقلال إلى اليوم، وبخاصة قبل إنطلاق البرنامج الوطني للتحكم في النمو السكاني والمصادق عليه سنة 1983 والذي يشجع على تباعد الولادات.[1]

وبالعودة إلى السنوات الأولى من الإستقلال يمكن تقدير الزيادة الملموسة في عدد السكان أي الإنتقال من 10.2 مليون نسمة غداة الإستقلال إلى 24.7 مليون نسمة 1990 وتقدر الزيادة هنا بـــ14.5 مليون نسمة، وإستمر في الزيادة إلى أن بلغ في بداية سنوات الألفينيات مثلا سنة 2003 إلى 31.6 مليون نسمة. [2]

ولعل ما زاد الأمر تعقيدا للوضعية الصحية في هذه المرحلة هي الأزمات الإجتماعية والإقتصادية التي إزدادت عنفا منذ أحداث 1988، وما إستتبع ذلك في سنوات 1990 من أوضاع أمنية متدهورة للغاية كانت أعنف ما شهده المجتمع الجزائري من أعمال عنف ومختلف الأحداث الضاغطة، وبتعبير أدق كانت الأبشع في تاريخ المجتمع الجزائري من قبل، حيث برز خلال هذه الفترة شق من الفساد مع الجيش وشق آخر من أصحاب الفساد مع تعنيف الدين الإسلامي في ظل الإجرام العادي، الذي لوحظ أنه إزداد سنة 1990 تحت غطاء الدين، وبلغة الأرقام على سبيل المثال كان مجموع الجرائم المرتكبة سنة 1985 يقدر بـــ6651 وإنتقل سنة 1990 إلى 116535 جريمة.[3] وهذا الوضع العنيف الذي ساد خلال هذه المرحلة التاريخية إنعكس بشكل ملموس في الضغوط النفسية والإجتماعية، التي كانت أقوى من مقاومة صحة العديد من الأفراد الجزائريين، مما زاد من إحتمال الإصابة بالأمراض المزمنة أو غير المتنقلة الأكثر تأثر بهذا النوع من لأحداث الضاغطة (القتل، التشرد، الإختطاف، الهجرة الإختفاء...الخ) مثل السكري وضغط الدم وأمراض القلب.

ولعل التفاعل بين الوضع الأمني السائد والظروف الإجتماعة والإقتصادية الصعبة قد ضاعف من الأزمة التي عاشها الفرد الجزائري، والتي لازالت أثارها الصحية مستمرة إلى اليوم، والمعوقين والأيتام والمصدومين والمرضى المزمنين وغيرهم ممن يعانون في الوسط الأسري والمجتمعي خير دليل.

وعموما يمكن إستنتاج أن نسق الصحة عانى الكثير ولازال يعاني من آثار هذه الأزمات، كما يمكن القول أن البرامج الصحية وبخاصة الوقائية منها والمطبقة في هذا المجال، إنعكست على تحسين مناحي عديدة لحالة الأفراد والأسر الصحية، ويظهر ذلك في مؤشرات الوفيات العامة ووفيات الأطفال بوجه الخصوص، ولكن لا ينبغي إغفال الدور الذي لعبه القائمون على تحسين أيضا ظروف

(1) Jilali Sari, Implications de la métamorphose de la pyramide des âges, Collection le lien, changements familiaux et changements sociaux, Op.cit, P 78.

(2) Office national des statistiques, N° 375, Alger, 2002, P 1.

(3) عبد الرحمان بوزيدة، العنف بين الحداثة والأسطورة، دفاتر مخبر التغير الإجتماعي، المرجع السابق، ص 16.

المعيشة، والتي كانت نتاجا للتغير الذي حصل في نواحي عديدة من حياة الفرد الجزائري منها المياه الصالحة للشرب، قنوات صرف المياه، تحسين شروط النظافة، وهي ظروف تمثل مبادئ وقائية في حقيقة الأمر للكثير من الأمراض وبخاصة منها الأمراض المتنقلة أو المعدية، والتي إختفى معظمها، كما تراجع بعض الأمراض كالحصبة والسل ...الخ.

وهذه الأمراض كانت تمثل آفات إجتماعية فعلية منذ عشرين سنة على الأقل في المجتمع الجزائري هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى برزت إلى السطح أمراض لم تكن منتشرة ولا حتى مألوفة في المجتمع الجزائري وهي الأمراض غير المتنقلة أو المزمنة، والتي أدخلت المجتمع في مرحلة وبائية جديدة، ولعل من أبرز هذه النوعية من الأمراض هي السكري، ضغط الدم وأمراض القلب والأوعية الدموية والسرطان وسيأتي التفصيل فيها لاحقا.

المطلب الثاني :واقع الأمراض المزمنة حديثا في المجتمع الجزائري.

تعتبر الأمراض المزمنة في المجتمع الجزائري إحدى أبرز المشكلات الصحية التي باتت تطرح نفسها على المهتمين بقضايا المجتمع، نظرا للضغوط التي تولدها على مستوى قطاع الصحة العمومية، وذلك بسبب آثار الإزمان والمضاعفات، التي تصاحب المرضى المزمنين مما يستوجب التكفل الدائم والعاجل أيضا لحماية حياتهم من شدة المعانات ومن خطر الوفاة المبكر، ولعل أهم ما يلفت الإنتباه في واقع الأمراض المزمنة في المجتمع الجزائري، هي معدلات إنتشار هذا النوع الخطير من الأمراض المرتبطة بعمليات التحضر والتحديث في نفس الوقت، وعلى سبيل المثال فالمتمعن في نسبة المرضية لبعض من هذه الأمراض المزمنة، والتي تمثل محور هذه الدراسة نجد أن الضغط الدموي كعامل خطر أساسي بالنسبة للأمراض القلبية يقدر المعدل المتوسط لإنتشاره بـــ20%، وكذلك الحال بالنسبة لداء السكري غير الخاضع للأنسولين فإن معدل إنتشاره يقدر بـــ7 إلى 8% من عدد السكان البالغ سنهم ما بين 30 و65 سنة. [1]

ولمعرفة أكثر الواقع الحقيقي للأمراض المزمنة في المجتمع الجزائري يمكن الإستناد إلى أهـــم المعطيـــات المسجلة من خلال بعض التحقيقات الوطنية حول الصحة، وبخاصة منها التي أجريت في هذه العشرية الأخيرة، لإعتبارات عدة منها وضع الإستراتيجيات الجديدة لمواجهة الوضع الصحي والإجتمـــاعي الجديدين، وبهدف التخفيف من الآفات الإجتماعية والمحافظة على المستوى المعيشي اللائـــق للفـــرد الجزائري .

(1) Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, direction de la prévention, Rapport du séminaire Atelier d'élaboration du programme national de lutte intégrée contre les maladies non transmissibles, Op.cit, P 5.

وإنطلاقا من نتائج المسح الجزائري لصحة الأسرة 2002 والذي تم إجراءه على عينة طبقية متعددة المراحل، إحتوت على 10200 أسرة معيشة للعينة الرئيسية، و20400 أسرة معيشية للعينة الموسعة، كما تم تطبيق هذا المسح على مستوى 17 منطقة منها 5 مناطق لكل من الجهات الصحية للوسط والشرق و4 مناطق للجهة الصحية للغرب، و3 مناطق للجهة الصحية للجنوب، وقد عممت النتائج على المناطق السبعة عشر التي سحبت منها العينة، وبالإعتماد على توزيع السكان المقدر من الإسقاطات السكانية لسنة 2002، وكذلك على معطيات تعداد 1998، ومعطيات التسجيل الحيوي السنوي، ولقد كشفت نتائج هذا المسح أن هناك نسبة تقدر بـــ11.4% من (أفراد العينة)، يعانون من مرض مزمن واحد على الأقل، يتوزعون بنسبة تقدر بـــ9.7% بين الذكور مقابل نسبة تقدر بـــ13.1% بين الإناث وتتركز الإصابات في الوسط الحضري بنسبة 12.1 مقابل نسبة 10.4 للوسط الريفي[1].

وما يعزز هذه النتائج هو التحقيق الوطني، الذي قامت به وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات بالتعاون مع الديوان الوطني للإحصائيات سنة 2006، وذلك حول متابعة صحة الأطفال والأمهات، وقد تم إختيار عينة من الأسر قدرت بـــ29478 أسرة على مستوى 17 منطقة صحية موزعة على 1734 أسرة لكل منطقة صحية من مناطق الوطن، أي كل منطقة من الوسط الشرق الغرب والجنوب، وأيضا تم إختيار مجموعة من النساء قدر عددهم بـــ47612 إمرأة في سن الإنجاب أي 15-49، بالإضافة إلى عينة مكونة من 15000 طفل لا تزيد أعمارهم عن 5 سنوات، كما قد تم تخصيص ثلاث إستبيانات، إستبيان موجه للأسر، إستبيان موجه لكل إمرأة، وإستبيان موجه لكل طفل.[2] ومن النتائج التي أسفر عليها هذا التحقيق بالنسبة لصحة السكان عامة والإصابة بالأمراض المزمنة بوجه الخصوص، أن الإصابة بالأمراض المزمنة في المجتمع الجزائري لا تشكل عائقا يقف أمام البرامج الصحية فحسب بل حتى أمام البرامج الإقتصادية، فهي مهددة بهذا النوع من الأمراض المكلفة، كما أن معدل إنتشار المرض حسب التحقيق بالنسبة للسكان الأكثر تعرضا للإصابة بالأمراض المزمنة، وعلى الأقل مرض مزمن واحد فقد بلغ 10.5% من مجموع السكان، أي ما يعادل 1711000 مصاب بمرض مزمن واحد على الأقل، ينتشر أغلبهم في المناطق الحضرية مقارنة بالمناطق

[1] وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الديوان الوطني للإحصائيات، النتائج الأولية للمسح الجزائري لصحة الأسرة 2002، الديوان الوطني للإحصائيات، الجزائر، جوان 2003، ص 12.

[2] Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Office national des statistiques, Suivi de la situation des enfants et des femmes, Enquête nationale a indicateurs multiples MICSS Algérie 2006, Rapport préliminaire, Op.cit, P.P 17.20.

الريفية، أما بالنسبة لمجموع الإصابات لدى الجنسين فالذكور يمثلون أعلى نسبة مقدرة بـــ12.6% مقابل نسبة 8.4 للإناث.[1]

وما يمكن قوله أن هناك صعوبة كبيرة في إمكانية وضع أرقام محددة ودقيقة، نظرا لقلة الإحصائيات أو عدد الحالات غير المسجلة أو غير المشخصة، والتي يمكن أن تعادل هذه الأرقام، التي تعكس مدى إنتشار الأمراض المزمنة في المجتمع الجزائري، ولكن الجميع متفق على أن هذا النوع من الأمراض يمثل مشكلة رئيسية من المشاكل الصحية العامة، بالإضافة إلى أن الملاحظة اليومية للواقع المعيشي للأسرة الجزائرية تكشف بدورها وتؤكد الأرقام المسجلة سابقا، عن وجود في وسطها شخص واحد على الأقل مصاب بمرض مزمن واحد على الأقل أيضا.

ويبدوا أن هناك عوامل كثيرة تلعب دورا بارزا في شيوع إنتشار الأمراض المزمنة، من أهمها التغيرات الحاصلة في الظروف المعيشية للعائلة الجزائرية، وكذا التوجه العام للمجتمع نحو تبني نمط الحياة العصرية والتحضر، مما قد يحدث إختلالات إجتماعية كالزيادة في الطلب الإجتماعي للأعمال المكتبية، السكن، وكذا التغير في سلوك إستهلاك المواد الضرورية لحياة الأفراد، وما إلى ذلك مما يولد سلوكيات سلبية وضغوطات إجتماعية ونفسية تؤدي في النهاية إلى زيادة إحتمال الإصابة بالمرض المزمن.

معدل إنتشار الأمراض المزمنة حسب السن :

إن متغير السن يعد من أبرز المتغيرات ذات الصلة الوثيقة والتأثير القوي على الإصابة بالأمراض المزمنة وإنتشارها، والتي من الممكن وصفها بأنها من المسببات غير قابلة للتغير، والمحددة في نفس الوقت للفروقات الإحصائية الديموغرافية الخاصة بالإستجابة للمرض ولمختلف الفئات العمرية وحتى للنوع الإجتماعي، وفي هذا الصدد كشف المسح الذي تم إجراءه سنة 2002 حول صحة الأسرة بأنه توجد علاقة بين السن والإصابة بالأمراض المزمنة، فنسبة الأشخاص الذين يعانون من هذه الأمراض ترتفع مع التقدم في السن، أي الفئات العمرية المسنة التي تجاوزت 60 سنة هي الأكثر إستعدادا وقابلية للإصابة[2] الأمر الذي يوضحه الجدول الآتي:

[1] Idid, P 31.

[2] وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الديوان الوطني للإحصائيات، المرجع السابق، ص 12.

جدول رقم(26): يوضح نسبة المصابين بمرض مزمن واحد على الأقل حسب السن والجنس .

الجنس / فئات السن	الذكور	الإناث	المجموع
0-4 سنوات	1.8	1.5	1.6
5-14 سنة	3.3	2.7	3.0
15-59 سنة	8.8	12.8	10.8
60 سنة فأكثر	45.3	60.0	52.5
المجموع	9.7	13.1	11.4

المصدر: وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الديوان الوطني للإحصائيات، النتائج الأولية للمسح الجزائري لصحة الأسرة، 2002، الديوان الوطني للإحصائيات الجزائر، جوان 2003، ص 12.

إن التمعن في نتائج الجدول يوضح مدى تعرض فئة المسنين للإصابة بالأمراض المزمنة، حيث تحصلت هذه الفئة العمرية أي فئة 60 سنة فأكثر على أكبر نسبة من مجموع الأشخاص الذين صرحوا بمعانتهم من مرض مزمن واحد على الأقل، وتتفاوت هذه النسبة بين الجنسين، إذ تتمركز لدى الإناث البالغات 60 سنة فأكثر وبأعلى نسبة قدرت بـــ60.0% مقابل أصغر نسبة قدرت بـــ45.3% للذكور في نفس السن، وهذا ما يؤكد دور وأهمية متغير السن والتفاوت بين الفئات العمرية في الإصابة بالأمراض المزمنة، كما يؤكد مدى تأثير العامل البيولوجي بإعتبار السن المتقدم يعكس الصورة الحقيقية لتراجع الوظائف العضوية للجسم، وضعف القوة العضلية والأنسجة وكل ما يؤدي إلى إنقاص المناعة لدى المسن ويصبح عرضة للعديد من الأمراض.[1] أما من وجهة النظر السوسيولوجية فالمشكلات الإجتماعية والنفسية التي يصبح يعاني منها المسن متعددة، من أهمها الوحدة والعزلة والإبتعاد عن الأبناء والعجز عن أداء نشاطه بصورة عادية، وما إلى ذلك مما يسبب للمسن متاعب في الحياة اليومية، التي تزيد غالبا من إحتمال إصابته بمرض مزمن كالضغط الدموي، السكري وأمراض القلب.

وعلى هذا الأساس يمكن القول أن هناك علاقة طردية بين متغير السن والإصابة بالمرض المزمن، حيث كلما تقدم الفرد في السن كلما إزدادت إحتمالات إصابته بالمرض المزمن، وفي هذا الشأن أجريت العديد من الدراسات والتحقيقات والتي أكدت ما يعانيه المسن من مشكلات صحية متعددة، ومن أهمها ما توصلت إليه نتائج مسح 2002 حول صحة الأسرة، حيث تم الكشف من خلاله على أن معظم المشكلات الصحية التي يتعرض لها المسن هي الأمراض المزمنة، وبخاصة بعد

[1] عبد المنعم عاشور، صحة المسنين كيف يمكن رعايتهم، مركز الأهرام للترجمة والنشر، القاهرة، ط1، 2001، ص 95.

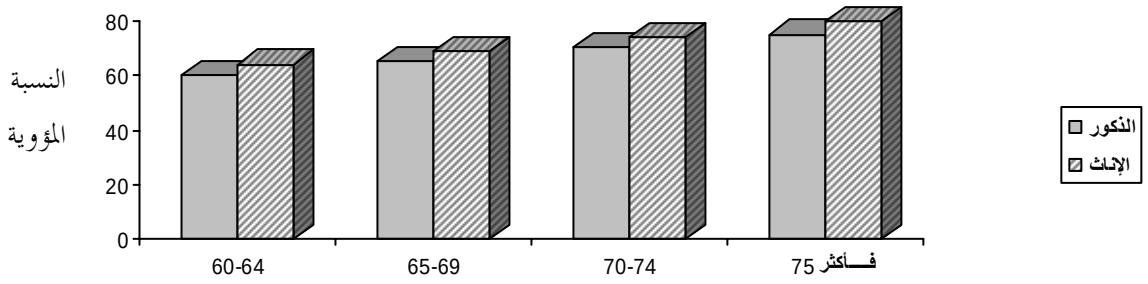
سن 60 سنة فأكثر، ولقد بلغت النسبة 66.8% من مجموع المسننين الذين يعانون من مشكل صحي، موزعين بأعلى نسبة مقدرة بـــ74.7% لجنس الإناث مقابل نسبة 58.80% لجنس الذكور.[1] وللتوضيح أكثر يتم عرض الجدول والشكل البياني كالآتي:

جدول رقم (27): يبين معدل الأشخاص المسنين الذين يعانون من مشكل صحي حسب السن والجنس .

الجنس / فئات السن	الذكور	الإناث
60-64 سنة	45.9	67.3
65-69 سنة	56.7	75.7
70-74 سنة	63.3	74.7
75 سنة فأكثر	72.6	85.8
المجموع	59.0	74.7

المصدر: وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الديوان الوطني للإحصائيات، النتائج الأولية للمسح الجزائري لصحة الأسرة، 2002، الديوان الوطني للإحصائيات الجزائر، جوان 2003، ص 46.

الشكل رقم (02): يبين معدل الأشخاص المسنين الذين يعانون من مشكل صحي حسب السن والنوع



المصدر:وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الديوان الوطني للإحصائيات، النتائج الأولية للمسح الجزائري لصحة الأسرة، 2002، الديوان الوطني للإحصائيات الجزائر، جوان 2003، ص 46.

إن المعطيات المبينة في الجدول والشكل السابقين تبرز بدقة العلاقة التي تربط بين السن والإصابة بالأمراض وبالأخص منها الأمراض المزمنة، كما تبرز أيضا أن الإناث هن الأكثر عرضة للإصابة بجميع الأمراض والمشاكل الصحية مقارنة بالذكور، ولعل السبب في ذلك يرتبط أساسا

[1] وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الديوان الوطني للإحصائيات، المرجع السابق، ص 46

بسرعة التأثر وتدهور الحالة النفسية لجنس الإناث وعدم قدرتهن على تحمل صعوبات الحياة اليومية مما يعرض صحتهن بشكل أكبر لمختلف المشكلات والضغوطات.

ومن خلال نتائج المسح السالف الذكر يلاحظ أيضا أن مرض الضغط الدموي، السكري وأمراض القلب تعد من أبرز الأمراض المزمنة، التي صارت تنتشر بين المسنين وبالأخص منهم من جنس الإناث، الأمر الذي يوضحه الجدول الآتي :

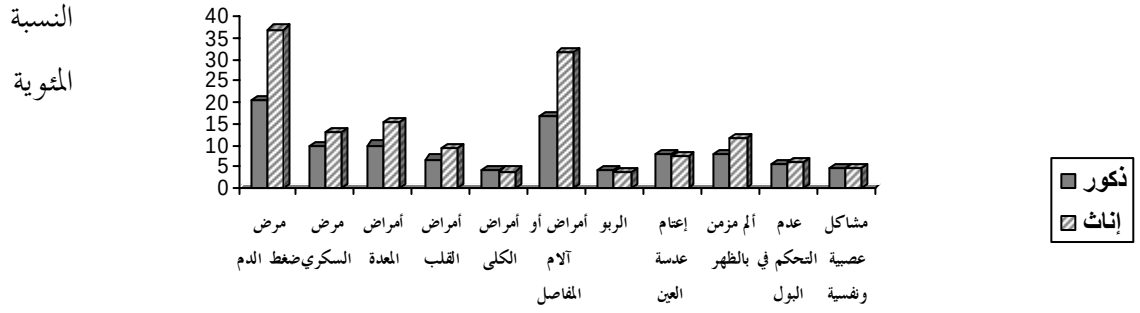
الجدول رقم (28) يبين معدل الأشخاص البالغين 60 سنة فأكثر المصابين بمشكل صحي حسب طبيعة المشكل والنوع .

الجنس / طبيعة المشكل الصحي	الذكور	الإناث
مرض ضغط الدم	20.6	37.00
مرض السكري	9.6	12.9
أمراض المعدة	10.00	15.5
أمراض القلب	6.7	9.3
أمراض الكلى	4.1	3.9
أمراض أو آلام المفاصل	16.8	31.7
الربو	4.2	3.5
إعتام عدسة العين	7.9	7.4
ألم مزمن بالظهر	7.9	11.5
عدم التحكم في البول	5.6	6.2
مشاكل عصبية ونفسية	4.6	4.8

المصدر: وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الديوان الوطني للإحصائيات، النتائج الأولية للمسح الجزائري لصحة الأسرة 2002، الديوان الوطني للإحصائيات الجزائر، جوان 2003، ص 47.

يؤكد هذا الجدول أن ضغط الدم ومرض السكري وأمراض المعدة والأمراض القلب هي الأمراض التي إحتلت المراتب الأولى وسط الأشخاص المسنين، ومن جنس النساء، وتصنف هذه النوعية من الأمراض ضمن قائمة أمراض العصر المزمنة، التي باتت ترتبط إرتباطا وثيقا بالتغير الذي أصاب نمط التغذية وأدخل عليه سلوكيات إستهلاكية سلبية، وكذا الضغوطات الإجتماعية والنفسية التي لها بالغ الأثر على صحة الفرد، هذا ما يتضح أيضا من خلال الشكل الآتي:

الشكل رقم(03): يبين نسبة الأشخاص البالغين 60 سنة فأكثر المصابين بمشكل صحي حسب طبيعة المشكل والجنس



المصدر: وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الديوان الوطني للإحصائيات، النتائج الأولية للمسح الجزائري لصحة الأسرة 2002، الديوان الوطني للإحصائيات الجزائر، جوان 2003، ص 47.

يؤكد هذا الشكل مرة أخرى أن هناك إرتفاعا حادا في إنتشار مرض ضغط الدم بين المسنين وبالأخص لدى فئة الإناث، وذلك نظرا لأن مرض الضغط الدموي يعكس الوضع الصحي العام لأفراد المجتمع، كما يعكس الضغوط الإجتماعية والنفسية التي يتعرض لها الأفراد بما فيهم المسنين في المجتمع الحديث، بالإضافة إلى إعتبار هذا النوع من الأمراض يمثل فعلا عدم التوافق الواضح وللإستقرار المرتبط بالتضاد بين طموح الأفراد ورغبتهم في تحصيل ضروريات الحياة وبين الوضع الإقتصادي و الحالة الفردية لهم، أما بالنسبة لإنتشار الضغط لدى فئة النساء، فيرجع الأمر في الغالب إلى كون المرأة بعد سن اليأس تتراجع عندها القدرة على تحمل الضغوط الإجتماعية والنفسية كما تتراجع بنيتها المرفولوجية،ومن ثم تصبح لديها قابلية وإستعدادا أكبر للإصابة بهذا النوع من الأمراض المزمنة.إن التزايد الملحوظ في نسبة المسنين في المجتمع الجزائري في هذه السنوات الأخيرة صاحبته زيادة واضحة في عدد الإصابات بالأمراض المزمنة لدى هذه الشريحة من المجتمع.[1]الأمر الذي ركز عليه تحقيق سنة2006 المنجز من طرف وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، والذي أكد بدوره أن هذا النوع من الأمراض يزداد مع التقدم في السن وتظهر الزيادة بوضوح بداية من الأشخاص الذين يبلغون سن 35 سنة فأكثر، فهم يصبحون عرضة للإصابة، أما بخصوص فئة السن 60 سنة فأكثر فهي تسجل أعلى معدلات إنتشار المرض.[2]هذا ما يتضح من خلال الجدول الآتي:

[1] وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الديوان الوطني للإحصائيات ، المرجع السابق، ص45.

[2] Ministère de la Santé, de la population et de la réforme hospitalière, Office national des statistiques, Suivi de la situation des enfants et des femmes, Enquête nationale a indicateurs multiples MICSS ,Alger,2006, Rapport préliminaire, Op.cit, p32 .

الجدول رقم (29): يوضح معدل إنتشار الأمراض المزمنة حسب السن والجنس%.

الجنس / فئات السن	الذكور		الإناث		المجموع	
	معدل إنتشار المرض %	العدد	معدل إنتشار المرض %	العدد	معدل إنتشار المرض %	العدد
0 - 18 سنة	2.9	32386	2.4	31440	2.6	63827
19 – 24 سنة	3.4	12030	3	11901	3.2	23932
25 – 34 سنة	3.6	14964	5.1	14498	4.3	29462
35 – 59 سنة	12.7	20238	24.3	20587	18.5	40826
60 سنة فأكثر	42	6676	60.4	6362	51	13038
المجموع	8.4	86298	12.6	84802	10.5	171100

المصـــــدر:

Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Office national des statistiques, Suivi de la situation des enfants et des femmes, Enquête nationale a indicateurs multiples MICSS Algérie 2006, Rapport préliminaire, Office nationale des statistiques, Alger, 2007,P32.

ما يلاحظ من معطيات الجدول هو أن هناك تباين واضح في معدلات الإصابة بالأمراض المزمنة بين فئات السن، حيث أن النسب الغالبة كانت من نصيب فئات السن المتوسطة والمسنة وخاصة لدى النساء. ويعني هذا بعد بلوغ الأشخاص سن 35 سنة إلى غاية وصولهم سن 60سنة وما فوقها يكونون أكثر عرضة للإصابة بهذه النوعية من الأمراض، هذا ما يظهر من خلال معدلات الإنتشار التي قدرت بـــ18.5 لفئة السن 35-59 سنة، موزعة بأكبر معدل قدربـــ24.3% لجنس الإناث، مقابل معدل آخر قدر بـــ12.7% لجنس الذكور، أما بالنسبة لفئة السن 60 فما فوق فقد قدر معدل إنتشارها بـــ51% موزع بأعلى معدل أيضا قدر بـــ60.4% لجنس الإناث مقابل معدل قدر بـــ42% لجنس الذكور.

إن هذه المرحلة الحياتية الحرجة التي تنتشر فيها الأمراض المزمنة تبدو أنها مكلفة جدا بالنسبة للفرد المصاب ولأسرته وللمجتمع ككل،فهي تمثل فقدان الخبرات والطاقات البشرية أو الحد من الأدوار والوظائف إجتماعية هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى فإن إرتفاع الإصابات بالأمراض المزمنة في هذه المرحلة العمرية يعكس التغير الإجتماعي الثقافي السريع الذي حدث للمجتمع، وكيف تمكن هذا التغير من التأثير في جيل من أجياله الذين عايشوا الوضع المصاحب له، والذي حمل

معه أفكاره وقيمه الخاصة وحتى نوعية أمراضه، وواجه بها الوضع الجديد في المجتمع مما أدى إلى عدم التوافق القيمي والثقافي بوجه الخصوص، فهذا التناقض من الممكن أن يسبب الإرتباك والتشوش ويولد الصراع والضغوط لدى هذا الجيل، والذي يقوده في النهاية إلى إرتباطه بزيادة إنتشار الأمراض المزمنة على عكس الجيل الذي سبقه وتعرض أكثر للإصابة بالأمراض المعدية، وهذه المسألة تؤكد أهمية ودور إلتقاء العامل البيولوجي والعوامل السوسيو-ثقافية والإقتصادية في إنتشار هذه الأمراض.

معدل إنتشار الأمراض المزمنة حسب الجنس:

لقد أثبتت العديد من البيانات المتوفرة، الصلة بين خطر الإصابة بالأمراض ومتغير الجنس أو ما يسمى بالنوع الإجتماعي، فهذا الأخير عامل مهم يؤثر بدوره في مسار المرض والمريض معا، ويتجلى ذلك في الإختلاف الواضح على مستوى الأنماط السلوكية والمتغيرات النفسية والإجتماعية، وكل ما يتعلق بالإجهاد والضغوط وردود الفعل، وكذا كيفية مواجهة صعوبات الحياة، كما أن طبيعة المكونات الجسمية، العمل أو النشاط، الوضع المادي وغيرها تشارك كعوامل في إنتشار الأمراض أكثر بين نوع إجتماعي دون آخر.[1] ولعل من أهم مظاهر هذه الإختلافات ما يتجسد في إنتشار الأمراض المزمنة بين جنس الإناث مقارنة بإنتشار هذه النوعية من الأمراض بين جنس الذكور، هذا ما أكدته نتائج المسوح والتحقيقات السالفة الذكر والتي أجريت مؤخرا في المجتمع الجزائري، والجدول الآتي يمثل صورة واضحة عن معدلات إنتشار الأمراض المزمنة حسب الجنس.

جدول رقم (30) : يبين معدل إنتشار الأمراض المزمنة حسب الجنس %.

الجنس / عدد الأمراض المزمنة	ذكور	إناث	المجموع
على الأقل مرض مزمن واحد	9.7	13.1	11.4
مرض مزمن واحد	7.6	9.1	8.3
مرضين مزمنين	1.8	3.2	2.5
المجمـــــــوع	61117	60036	121152

المصـــــدر:

Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalise, Direction de la prévention ,Rapport du séminaire Atelier d'élaboration du programme national de lutte intégrée contre les maladies non transmissibles, Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Alger, 2003, P28.

[1] عبد السلام بشير الدويبي ، المرجع السابق، ص 112.

أوضحت بيانات الجدول أن هناك تفاوت بين النسب المسجلة للأمراض المزمنة بين الجنسين، غير أنه يظهر جليا أن النسب الغالبة هي لجنس الإناث على حساب جنس الذكور في مجمل الأمراض المزمنة، وعلى سبيل المثال قد سجلت نسبة 13.1% للإناث اللائي يعانيين من مرض مزمن واحد على الأقل مقابل تسجيل نسبة 9.7% للذكور الذين يعانون من مرض مزمن واحد على الأقل.

وإنطلاقا من المقارنة البسيطة بين هذه المعطيات يتضح أن الإناث أكثر تعرضا للإصابة بالإمراض المزمنة، وتبرز خطورة هذا التباين النوعي في عدد الإصابات بهذه النوعية من الأمراض من خلال جملة من المؤشرات، منها تعرض العديد من الإناث إلى أشكال العنف المختلف والقائمة على أساس النوع الإجتماعي مثل الضرب والإجهاض القصري وصيانة العرض وحماية الشرف، وجميع هذه الممارسات تحدث آثار سلبية مؤثرة على الصحة النفسية والجسمية للمرأة، كما تواجه المرأة ضغوطا إجتماعية ونفسية تحول دون إكتسابها السلوك الصحي السوي الذي يتسم بالوعي والمسؤولية، وبخاصة في حالات معنية منها عدم كفاية رعاية صحتها الإنجابية أو حالة إنقسام دورها الإجتماعي بين شؤون المنزل ومتطلبات العمل، أو بسبب الفقر والظروف الإقتصادية المتدهورة للأسرة...الخ، وهذه الحالات تتوافق مع مسببات الأمراض المزمنة، كما سبقت الإشارة إليه والتي تبدو أنها عضوية، لكنها تتأثر بشدة بالجوانب الإنفعالية والإضطربات النفسية، لأجل ذلك تجد هذه النوعية من الأمراض مرتعا خصبا لها بين النساء مما يقلل من قدرة المرأة على حماية صحتها.

معدل إنتشار توزع الأمراض المزمنة حسب المنطقة الجغرافية :يمكن التوسع في معرفة ظاهرة إنتشار الأمراض المزمنة في المجتمع الجزائري من خلال تحديد إطارها الجغرافي، حيث أن المجال الجغرافي إلى جانب المجال الإجتماعي هي عوامل محددة لمدى إنتشار المرض عامة، فالمنطقة الحضرية تختلف عن الريفية في مستوى وسرعة وعمق التغيرات الحاصلة في المجتمع ككل هذا من جهة، ومن جهة أخرى فالتحضر يعد مظهرا من المظاهر المرتبطة بالتغير الإجتماعي، والتي تساهم بشكل أو بآخر في إنتشار الأمراض المزمنة، وذلك من خلال عوامل عدة منها عامل إكتضاض المدن وما ينجر عنه من ضغوطات إجتماعية ونفسية، بالإضافة إلى قلة الحركة الناتج عن وفرة المواصلات وكثرت الأعمال المكتبية وكذا وفرة المواد الإستهلاكية وسهولة إقتنائها.[1] الأمر الذي يتضح من معطيات الجدول الآتي:

[1] يعقوب يوسف الكندري، المرجع السابق، ص 304.

جدول رقم (31) : يبين معدل إنتشار الأمراض المزمنة حسب المنطقة الجغرافية %

المنطقة الجغرافية / عدد الأمراض المزمنة	حضر	ريف	المجموع
على الأقل مرض مزمن واحد	12.1	10.4	11.4
مرض مزمن واحد	08.7	7.8	08.3
مرضين مزمنين	02.8	2.1	02.5
المجمـــــــوع	70009	51143	121152

المصـــــدر:

Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalise, Direction de la prévention ,Rapport du séminaire Atelier d'élaboration du programme national de lutte intégrée contre les maladies non transmissibles, Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Alger, 2003, P29.

وحسب التحقيق الذي قامت به وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات مع الديوان الوطني للإحصائيات سنة 2006، يظهر جليا كذلك مدى إنتشار الأمراض المزمنة في المنطقة الحضرية، وهذا ما يتضح من الجدول التالي :

جدول رقم (32) : يبين معدل إنتشار الأمراض المزمنة حسب الجنس والمنطقة الجغرافية %.

المنطقة الجغرافية / الجنس	منطقة حضرية	منطقة ريفية	المجموع
ذكـــــور	09.2	7.5	8.4
إنـــــــاث	13.9	11.1	12.6
المجمـــــــوع	11.5	9.3	10.5

المصـــــدر:

Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalise, Office national des statistiques, Suivi de la situation des enfants et des femmes, Enquête nationale a indicateurs multiples MICSS Algérie 2006, Rapport préliminaire, Office nationale des statistiques, Alger, 2007, p31.

إن معطيات الجدولين السابقين توضح أن معدل إنتشار الأمراض المزمنة يرتفع في المنطقة الحضرية مقارنة بالمنطقة الريفية، فلقد قدر عدد المصابين لدى سكان الحضر بـــ70009 مصاب، وحيث يتوزع هذا العدد بأعلى نسبة مقدرة بـــ12.1% للأشخاص الذين أصيبوا بمرض مزمن واحد على الأقل، هذا مقابل العدد الذي سجل للسكان المصابين من الريف، والذي قدر بـــ51143

مصاب موزعين بأعلى نسبة مقدرة بـــ10.4 للأشخاص الذين أصيبوا بمرض مزمن واحد على الأقل، ويدعم هذه النتيجة المعدلات المسجلة لإنتشار الأمراض المزمنة حسب الجنس والمنطقة الجغرافية، حيث بلغ معدل الإنتشار لدى السكان في الحضر 11.5%، أما بالنسبة لسكان الريف لم يزيد عن 9.3%، وكذلك الحال بالنسبة لكلا الجنسين فقد بقيت النسبة غالبة لدى سكان الحضر إذ بلغت لدى الإناث 13.9% ولدى الذكور 09.2%، في حين لم تجاوز لدى الإناث 11.1% ولدى الذكور 7.5 %عند سكان الريف، وللإشارة فإن معدلات إنتشار الأمراض المزمنة لدى جنس الإناث مقارنة بجنس الذكور في المناطق الحضرية للمجتمع الجزائري يزداد بشكل ملحوظ مع التقدم في العمر أي بعد سن 60 سنة.[1] وكما سبقت الإشارة إليه فإن الحياة في الحضر أو المدينة ينجذب إليها الكثير من الأفراد ويسعون للعيش فيها بشتى الطرق، لذلك فهي لا تتسم فقط بوجود الزحام والضوضاء والنفايات وغيرها مما يؤثر على صحة الإنسان، وإنما تتسم أيضا بالصراع وإنتهاز الفرص والتنافس والإحتكاك الدائم مع أعداد كبيرة من البشر قد يعرفها الإنسان الحضري أو لا يعرفها، وعليه لا غرابة في القول بأنه كلما تكاثرت وأزدحمت حدث الصراع بينها وتضاءلت فرص العيش أمامها فتهلك نفسها بنفسها، بالإضافة إلى زيادة عدد الأفراد في المساكن والذين يعتبرون من مصادر الضوضاء، فهذا الوضع المشحون بالصراعات والضغوط الإجتماعية والنفسية يؤدي على المدى الطويل إلى حالات من القلق النفسي والتوتر العصبي وهما صفاتان من صفات المدنية الحديثة هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى تمثلان سببين رئيسين للأمراض الجديدة التي صار يطلق عليها أمراض المدينة أو أمراض العصر المزمنة.[2] وحقيقة فسكان الحضر هم الأكثر تعرضا للضغوط الإجتماعية والنفسية على عكس سكان الريف الذين يتميزون بنوع من الهدوء والإستقرار في حياتهم اليومية، كما أن ترك السكان للريف وهجرتهم نحو المدن يفاقم من الوضع الصحي للأفراد حيث تزيد من صعوبة الحصول على الرعاية الصحية، والذي حدث للمجتمع الجزائري خلال العشرية الأخيرة من هجرات جماعية وفردية وتدهور أمني لخير دليل عن الأوضاع الصعبة والمزرية التي عايشها الفرد الجزائري، والتي بلا شك زادت من حدة الإصابة بالأمراض وبخاصة ضغط الدم، والداء السكري وأمراض القلب، يضاف إلى هذا ما يصاحب أساليب الحياة العصرية من قلة النشاط الجسمي والأطعمة المتوفرة، التي تكون مشبعة بالدهون والمواد الضارة بصحة الإنسان والمؤدية إلى الإصابته بالمرض المزمن.

---

(1) Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalise, Office national des statistiques, Suivi de la situation des enfants et des femmes, Enquête nationale a indicateurs multiples MICSS Algérie 2006, Rapport préliminaire, Op.cit, P31.

(2) الوحيشي أحمد بيري، عبد السلام بشير الدويبي، المرجع السابق، ص-ص 91-92.

المبحث الثاني :أهم الأمراض المزمنة المنتشرة في المجتمع الجزائري.

إن من أبرز المشكلات الصحية التي أصبحت تفتح أعين الأفراد على رؤيتها في المجتمع الجزائري هي الأمراض المزمنة بشكل عام، ومنها ضغط الدم المرتفع، داء السكري وأمراض القلب بشكل خاص، لأن الأفراد عايشوا فعلا حالات لهذه النوعية من الأمراض لا محال إما في المحيط الأسري ، وإما في المحيط المجتمعي ككل، ومما لا شك أن الكثير من غير الأطباء يتطلع لمعرفة حجم تواتر وإنتشار هذه الأمراض في المجتمع الجزائري الحديث من ناحية، ومن ناحية أخرى ما هي أسباب ذلك، وهذه الأخيرة تمت الإشارة إليها مرارا كالقصور في التثقيف الصحي والوعي الغذائي، بالإضافة إلى العوامل البيئية الأسرية الأخرى وعدم الإقبال على ممارسة الرياضة والنشاط الحركي...الخ، وبغض النظر عن الأسباب سواء كانت وراثية أو إجتماعية أو طبية، فإن شيوع المرض وإنتشاره وبخاصة بين فئة متوسطي السن والمسنين يوحي بمدى تأثير العجز الذي يخلفه على مستوى الفرد، الأسرة والمجتمع، وذلك نتيجة المضاعفات والوفاة معا، الأمر الذي يستدعي سياسة صحية صارمة من طرف الفاعلين في مجال الصحة العمومية للحد من خطورة إنتشار الأمراض المزمنة، لأنه مهما يكن بالإمكان الإحتفاظ بمستوى صحي معين في أي عمر يصل إليه الإنسان، وفي هذا الشأن قد تركز إهتمام هذا المبحث في توضيح ما هي أبرز الأمراض المزمنة المنتشرة في المجتمع الجزائري حاليا .

المطلب الأول :الأمراض المزمنة الشائعة عموما .

من الأمراض المزمنة الخطيرة والشائعة بين السكان في المجتمع الجزائري هي مرض الضغط الدموي الذي يحتل الصدارة وكذا الداء السكري وأمراض القلب، ناهيك عن بعض الأمراض المزمنة الأخرى التي لا تقل خطورة كمرض الروماتيزم والربو والسرطان وغيرها.[1] هذا ما تؤكده الدراسات والتحقيقات التي قامت بها وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، وكذا المعهد الوطني للصحة العمومية والديوان الوطني للإحصائات، وفي كثير من حالات الإصابة بهذه النوعية من الأمراض باتت تمثل سببا رئيسا من أسباب الوفيات في المجتمع الجزائري، ويمكن توضيح ما سبق أكثر من خلال الجدول الآتي الذي يبين الأمراض المزمنة الأكثر إنتشارا وشيوعا في المجتمع الجزائري، وذلك حسب عدد الإصابات ومعدلات الإنتشار وحتى من ناحية ترتيبها .

(1) Institut national de santé publique, Relevé épidémiologique mensuel, Institut national de santé publique, Alger, volume 3, 1999, P 34.

جدول رقم (33) : يوضح قائمة الأمراض المزمنة حسب ترتيبها % .

الأمـــــــراض	العدد	النسبة%	إجمالي السكان
ضغط الدم HTA	1274	17.2	319.366
الروماتيزم Rhumatisme	820	11.1	205.558
الربو Asthme	751	10.1	188.260
داء السكري Diabète	508	6.9	127.345
الإلتهاب المزمن للأوعية التنفسية Bronche Chronique	463	6.2	116.065
الإعاقة الحسية Handi Sensoriels	450	6.1	112.806
القرحة المعدية Ulcères G.D	441	06	110.550
المرض العقلي Path - Mentale	428	5.8	107.291
المرض القلبي Path Cardiaque	396	5.3	99.269
مرض الصفراوية Lithiase Vésiculaire	296	04	74.201
أمراض الجلد Eczéma	217	2.9	54.397
الحنجرة Goitre	214	2.9	53.465
الأمراض الولادية Path congénitale	201	2.7	50.387
البعج Hernies	194	2.6	48.632
الصرع Epilipsies	189	2.6	47.379
السل Tuberculose	151	02	37.852
الشلل Paralysies	133	1.8	33.340
أمراض الأعصاب Lithiase Urinaire	127	1.7	31.836
القصور الكلوي Insuffisance Rénale	68	0.9	17.046
السرطان Cancer	45	0.6	11.280
أمراض البتر Amputation	43	0.6	10.780
المجمـــــــوع	7409	100	1.857.288

المصدر :

Institut national de santé publique, Relevé épidémiologique mensuel, Institut national de santé publique, Alger, volume3, 1999, P 34.

إن البيانات المتوفرة في هذا الجدول تبين أن الضغط الدموي قد إحتل المرتبة الأولى ضمن قائمة الأمراض المزمنة، ويتبعه مرض الروماتيزم في المرتبة الثانية ومرض الربو في المرتبة الثالثة، أما بالنسبة لمرض السكر فقد جاء في المرتبة الرابعة، وبلغت عدد حالات الإصابة به 805 حالة ما يعادل

نسبة 6.9% من إجمالي السكان الذي قدر بـــ127.345 فرد، ولعل مرض القلب هو الآخر بلغ عدد معتبر من الإصابات قدر بـــ396 إصابة، وبنسبة قدرت بـــ5.3% من إجمالي عدد السكان المقدر بـــ99.269 فرد، ويمكن تفسير هذه الزيادة المحسوسة بالظروف المعيشية والأمنية الصعبة التي عاشها الفرد الجزائري خلال فترة التسعينيات، والتي ضاعفت من الضغوط الإجتماعية والنفسية المساعدة على إنتشار الإصابة بالأمراض المزمنة، وبخاصة منها الضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب، هذا إلى جانب التحولات الكبيرة التي مست بالدرجة الأولى نمط التغذية، وكذا التسبب في التقليل من نشاط وحركة الفرد، وهذه ظروف تساهم بشكل أو بآخر في إنتشار الأمراض المزمنة، وحقيقة فإن شيوع هذه النوعية من الأمراض في المجتمع الجزائري قد إرتبط إرتباطا وثيقا بالظروف المعيشية التي مر بها، الأمر الذي أكده المسح الجزائري لصحة الأسرة سنة 2002، والذي صنف معدلات إنتشار الأمراض المزمنة حسب نوعيتها وحسب الجنس، ويتضح هذا من خلال الجدول الآتي :

جدول رقم (34) : يبين معدل إنتشار الأمراض المزمنة ونوعيتها حسب الجنس %.

الجنـــــــس / معدل إنتشار الأمراض المزمنة حسب نوعيتها	الذكور	الإناث	المجموع
الضغط الدموي	1.8	4.2	3.0
أمراض أو آلام المفاصل	1.0	2.2	1.6
داء السكري	1.3	1.7	1.5
أمراض المعدة	1.3	1.3	1.3
الربو	1.3	1.2	1.3
أمراض القلب الوعائية	0.8	1.1	1.0
أمراض الكلى	0.5	0.6	0.5
الأمراض التنفسية/ أمراض الرئة	0.6	0.5	0.5
الأمراض العقلية	0.6	0.4	0.5
مرض الشقيقة/صداع الرأس	0.3	0.5	0.4
مرض فقر الدم المزمن	0.1	0.4	0.3
مرض العيون	0.3	0.3	0.3
مرض الظهر/ العمود الفقري	0.3	0.3	0.3

المصدر :

Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, direction de la prévention, Rapport du séminaire Atelier d'élaboration du programme national de lutte intégrée contre les maladies non transmissibles, Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Alger, 2003, P 29.

وما يدعم هذه النتيجة السالفة الذكر هي معطيات تحقيق سنة 2006 لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، والذي أكد بدوره المراتب الأولى والمعدلات العالية لإنتشار بين السكان مرض الضغط الدموي، داء السكري، أمراض القلب، وأمراض مزمنة أخرى كأمراض المفاصل والربو وغيرهما، والجدولان التاليان يوضحان أكثر معدلات إنتشار الأمراض المزمنة حسب السن ونوع المرض ومنطقة الإقامة .

جدول رقم (35) : يبين معدل إنتشار الأمراض المزمنة حسب فئات السن ونوع المرض المزمن %.

السن / نوع المرض	18-0	24-19	34-25	59-35	60 سنة فأكثر	المجموع
الضغط الدموي	0.06	0.13	0.57	7.82	31.15	4.38
داء السكري	0.16	0.23	0.42	4.13	12.52	2.10
أمراض المفاصل	0.22	0.26	0.46	2.91	10.59	1.70
الربو	0.7	0.80	0.91	1.80	3.09	1.20
أمراض القلب	0.24	0.26	0.31	1.65	6.98	1.11
أمراض مزمنة أخرى	1.27	1.58	1.90	4.08	5.72	2.43
المجمـــــــوع	63827	23932	29462	40826	13038	171100

المصدر :

Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Office national des statistiques, Suivi de la situation des enfants et des femmes, Enquête nationale a indicateurs multiples MICSS, Algérie 2006, Rapport préliminaire, Office national des statistiques, Alger, 2007, P 32.

وحسب نتائج نفس التحقيق فإن معدلات إنتشار الأمراض المزمنة ترتفع أكثر في الوسط الحضري، نظرا لما يفرضه من عوامل خطر أخرى، تساهم بشكل أو بآخر في الإصابة بالأمراض المزمنة، ولعل معطيات الجدول الآتي ستوضح أكثر علاقة إنتشار الأمراض المزمنة بمنطقة الإقامة .

جدول رقم (36): يبين معدل الأشخاص الذين يعانون من الأمراض المزمنة حسب نوعية المرض ومنطقة الإقامة .

منطقة الإقامة / نوعية المرض	حضر	ريف	المجموع
الضغط الدموي	42.7	40.5	41.8
داء السكري	22.5	16.3	20.1
أمراض المفاصل	11	9.9	10.6
الربو	11.9	10.8	11.5
الأمراض القلبية	15.1	18.1	16.2
أمراض مزمنة أخرى	22	25.2	23.3

المصدر :

Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Office national des statistiques, Suivi de la situation des enfants et des femmes, Enquête nationale a indicateurs multiples MICSS, Algérie 2006, Rapport préliminaire, Office national des statistiques, Alger, 2007, P 33.

يلاحظ من خلال المعدلات المسجلة في الجدولين السابقين أن مرض الضغط الدموي يعتبر من أكثر الأمراض المزمنة شيوعا وإنتشارا، فقد كشفت نتائج التحقيق عن تسجيل أعلى نسبة قدرت بـــ41.8% هي للأشخاص الذين أصيبوا بالضغط الدموي، وهذا من مجموع السكان الذين يعانون من أمراض مزمنة، ثم يأتي داء السكري في الوضعية الثانية بنسبة قدرت بـــ20.1%، أما بالنسبة للأمراض القلبية والربو وأمراض المفاصل، فهي أمراض بلغت نسبها على التوالي 16.5%، 11.5% 10.6% من مجموع السكان الذين يعانون من الأمراض المزمنة في المجتمع الجزائري.[1] وللإشارة فإن جميع هذه الأمراض المزمنة يعاني منها أكثر فئة المسنين، أي 60 سنة فأكثر وبنسب عالية مقارنة بالفئات العمرية الأخرى، وهذا نظرا لأن العملية الطبيعية للتقدم في السن تتسبب في بعض الإعتلالات بإعتبار هذه الأخيرة (عملية التقدم في السن) تماما كالآلة التي عملت لمدة طويلة، حيث يميل جسم الإنسان عند الكبر إلى العمل بكفاءة أقل من السابق، ولكن ذلك لا يعني بأن المرض يشكل جزءا لا مناص منه عند الشيخوخة أو حالة لا تنفصل عن التقدم في السن، ولا شك أن

(1) Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Office national des statistiques, Suivi de la situation des enfants et des femmes, Enquête nationale a indicateurs multiples MICSS, Algérie 2006, Rapport préliminaire, Op.cit, P 32.

القلب والرئتين والكليتين وسائر أعضاء الجسم تكون أقل كفاءة عندما يكون الشخص في الستين مما كانت عليه في سن العشرين، بشرط أن يتغذى الفرد ويعيش بشكل معقول بدون إفراط ولا تفريط.[1] وهذا الأمر يثير الأمراض المزمنة أيضا جنب إلى جنب مع عوامل عديدة من ناحية وجود القابلية أو الإستعداد عند الأفراد للإصابة بالمرض وكذا من الناحية الإجتماعية، وخاصة ما يتعلق بالوسط الذي يعيش فيه الفرد أو بالأحرى منطقة الإقامة وما تفرزه من جهتها السلبية من مسببات تساعد على ظهور الإصابة بالأمراض المزمنة، ولعل مكننة الأعمال المترلية بالوسط الحضري، وزيادة عدد الأشخاص الذين يملكون سيارات خاصة وقلة النشاط وحركة العديد من الرجال والنساء من الوجهة الجسدية، وإنعكاس هذا الميل نحو نمط حياة راكدة، يؤدي إلى تزايد الإعتلالات الجسمية والنفسية لدى الأفراد وأهمها إضطراب النظام الغذائي، وعدم كفاية الألياف، التي تساعد في عملية الإستقلاب الغذائي وحلول محلها الدهون المشبعة وكل ما يؤدي إلى السمنة، وهذه كلها عوامل تزيد من إحتمال الإصابة بالأمراض المزمنة .

المطلب الثاني : مرض الضغط الدموي ومستوى المعاناة منه في المجتمع الجزائري.

إن مرض الضغط الدموي يعرف إنتشارا ملحوظا في المجتمع الجزائري نظرا لتوفر العوامل والبيئة المساعدة على ظهور الإصابة به، ويتنبأ المختصون في مجال الصحة العمومية بأن هذا المرض ستبقى معدلاته مرتفعة في المستقبل، فحسب التحقيق الذي قام به أطباء بالتعاون مع الجمعية الجزائرية لمرض الضغط الدموي (SAHA) سنة 2004، وذلك على عينة مكونة من 1478 شخص منهم 906 إناث و572 ذكور، تبين أنه أكثر من 7 مليون جزائري مما تجاوز سن 18 سنة يعانون من الإصابة بهذا المرض،أي ما يعادل نسبة 35.3% موزعة بين الجنسين بنسبة 36.9% للإنات، مقابل 32.7%للذكور.[2] أما بالنسبة لمعدل الإنتشار المتوسط الذي أقرته وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات من خلال تحقيق سنة 2006، فقد قدر بـــ20% من المصابين بالضغط الدموي.[3] وللإشارة فإن بعض المناطق من المجتمع الجزائري تعرف معدلات مرتفعة أكثر من غيرها، فمثلا قد تم تسجيل بالجزائر العاصمة أعلى نسبة قدرت بـــ41.5%، تليها نسبة قدرت بـــ40.1% سجلت في الغرب الجزائري، أما بالنسبة للجنوب الجزائري فقد تم تسجيل نسبة معتبرة وصلت إلى 39.5%، في حين سجلت للوسط والشرق الجزائري نسبتين متقاربتين على التوالي 29% و29.9% .[4]

---

[1] طوني سميث وآخرون، المرجع السابق، ص 741.

[2] Kheir Eddine Merad Boudia, Op.cit, P 27.

[3] Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, direction de la prévention, Rapport du séminaire Atelier d'élaboration du programme national de lutte intégrée contre les maladies non transmissibles, Op.cit, P 5.

[4] Kheir Eddine Merad Boudia, Op.cit, P 27.

ومن الجدير بالذكر أنه بالرغم من المعطيات المتوفرة حول إنتشار مرض الضغط الدموي في المجتمع الجزائري إلا أنها تبقى معطيات غير كافية وغير دقيقة نظرا لتعقد هذه المشكلة الصحية، وكذا الصعوبة التي تعتري تحديد الشخص المصاب من غير المصاب بالضغط الدموي هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى نقص الوعي بخطورة هذا النوع من الأمراض المزمنة، وكذا عدم متابعة علاجها، لذلك قد أكد تحقيق سنة 2004 السالف الذكر بغض النظر عن الحالات المسجلة، توجد حالات إصابة كثيرة بالضغط الدموي إما أنها غير معروفة أو غير مكتشفة وإما أنها معروفة ومكتشفة ومعالجة ومكتشفة وغير معالجة، والجدول الآتي يوضح معدل إنتشار المرض مع الأخذ بعين الإعتبار جميع حالات الإصابة المسجلة بين شهري فيفري ومارس 2004.[1]

[1] Ibid, p 166.

الجدول رقم (37): يبين معدل إنتشار الضغط الدموي لكل حالات الإصابة غير المكتشفة والمكتشفة والمعالجة والمكتشفة وغير المعالجة حسب الجنس والعمر والمنطقة الصحية .

حالة الإصابة			حالة الضغط الدموي غير مكتشفة		حالة الضغط الدموي مكتشفة ومعالجة		حالة الضغط الدموي مكتشفة وغير معالجة	
متغيرات		العدد الإجمالي	عدد الحالات	%	عدد الحالات	%	عدد الحالات	%
الجنس	ذكور	187	123	65.8	55	29.4	9	4.8
	إناث	334	184	44.3	170	50.9	16	4.8
فئات السن	30-18	31	30	96.8	01	3.2	00	00
	40-30	43	28	65.1	13	30.2	02	4.7
	50-40	102	54	52.9	41	40.2	07	6.9
	60-50	104	60	57.7	37	35.6	07	6.7
	70-60	126	60	47.6	59	48.8	07	5.6
	70 فأكثر	104	32	30.8	70	67.3	02	1.9
المنطقة الصحية	العاصمة	102	46	45.1	50	49	06	5.9
	الوسط	73	31	42.5	37	50.7	05	8.6
	الشرق	108	50	46.3	53	49.1	05	4.6
	الغرب	95	66	69.5	26	27.4	03	3.2
	الجنوب الشرقي	79	34	43	42	53.5	03	3.8
	الجنوب الغربي	64	44	68.8	17	26.6	03	4.7
المجمـــــــوع		521	271	52	225	43.2	25	4.8

المصدر :

Kheir Eddin Merad Boudia, HTA, hypertension Artérielle, Société algérienne de l'hypertension artérielle, Algérie, 2009, P 166.

من خلال معطيات الجدول يتضح أن أكثر من نصف الأشخاص المصابين بمرض الضغط الدموي يجهلون إصابتهم، حيث بلغت نسبتهم 52%، مقارنة بحالات الإصابة لدى الأشخاص المكتشفين للمرض والمعالجين له وغير المعالجين، وبالنظر إلى متغير الجنس يلاحظ أن الذكور هم أكثر تجاهلا للمرض بنسبة قدرت بـــ56.8% مقارنة بالنسبة التي قدرت للإناث وهي 44.3%، وهذا كون الإناث أكثر إقبالا على الإستشارات الطبية وبالتالي يزداد الحظ لديهم لإكتشاف المرض، أما بالنسبة لتجاهل الإصابة بهذا المرض بين فئات السن، فيلاحظ أنه كلما إنخفض السن كلما إرتفعت حالات الإصابة بالمرض غير المكتشفة، في حين تتقارب النسب المتعلقة بمتغير المنطقة الصحية، حيث تتباين نوعا ما في منطقتي الغرب والشرق الجزائري، ولعل السبب في هذا التقارب يرجع أساسا إلى مستوى الوعي الصحي والاجتماعي بين الأفراد .

وعلى العموم يعزى إنتشار مرض الضغط الدموي إلى عوامل عديدة وحسب رأي المختص في أمراض القلب البروفسور "khier Eddin Merad Boudia"، يمكن إرجاع ظهور الإصابة بهذا النوع من الأمراض المزمنة إلى القلق الشديد الذي صارت تتميز به المدن الجزائرية الكبرى أي المناطق الأكثر تحضرا، وإلى نسبة الملوحة المرتفعة في المياه الجوفية للسكان خاصة في الجنوب.[1] والحقيقة أن عامل الإكتظاظ السكاني في المدن الجزائرية الكبرى صار مصدرا للقلق ومتاعب الحياة اليومية، التي تولد بدورها الضغوط النفسية والإجتماعية المؤثرة في الإصابة بالمرض.

وهذا إلى جانب قلة الحركة والنشاط الفيزيقي وكثرة إستهلاك الأطعمة الغنية بالدهون والسكريات، وما إلى ذلك مما يسبب المشكلات الصحية المساعدة على الإصابة بمرض الضغط الدموي، ولأجل تقييم أكثر مستويات الإصابة بالضغط الدموي في المجتمع الجزائري يمكن إجراء مقارنة بسيطة لمستويات الإصابة بهذا المرض لبعض المجتمعات الأخرى في العالم ،وحسب معطيات نفس التحقيق يتضح أن معدلات مرض الضغط الدموي تعرف إرتفاعا ليس في المجتمع الجزائري فقط بل في جميع المجتمعات ولكن بنسب متفاوتة، وفي كل الحالات تتجاوز معدلات هذا المرض 25% من مجموع المصابين.[2] الأمر الذي يمكن إكتشافه من معطيات الجدول الآتي الذي يمثل مقارنة بين مستويات الإصابة بالضغط الدموي في العالم .

(1) Ibid, P 27.
(2) Ibid, P 25.

الجدول رقم (38):يمثل معدل إنتشار الضغط الدموي في العالم حسب السن %

البلد	فئات السن	معدل إنتشار الضغط الدموي	البلد	فئات السن	معدل إنتشار الضغط الدموي
إيران	19 سنة فأكثر	25.6	الصين	35-74 سنة	27.2
مصر	25-95 سنة	26.3	اليونان	18-91 سنة	28.4
الولايات م أ	18 سنة فأكثر	28.7	تركيا	18 سنة فأكثر	29.6
المغرب	20 سنة فأكثر	33.6	زمبابوي	25 سنة فأكثر	34.1
الجزائر	18 سنة فأكثر	35.3	فنزويلا	20 سنة فأكثر	36.9
إيطاليا	35-74 سنة	37.7	إنجلترا	20 سنة فأكثر	38
السويد	25-75 سنة	38.4	اليابان	30-74 سنة	42.7
كوبا	15 سنة فأكثر	43.5	إسبانيا	35-64 سنة	45
ألمانيا	18سنة فأكثر	55	بولندا	45-64 سنة	70.7

المصدر :

Kheir Eddin Merad Boudia, HTA, Hypertention Artérielle, Société algérienne de l'hypertension Artérielle, Algérie, 2009, P 25.

ما يبدوا من معطيات الجدول أنه على الرغم من التباين الموجود في تحديد فئات السن إلا أنه يمكن ملاحظة المعدل المرتفع الذي قدر بـــ35.3 المسجل في المجتمع الجزائري، والذي إحتل الصدارة بين المجتمعات العربية المبينة في الجدول هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى بات يقترب هذا المعدل من المعدلات المسجلة للإصابة بالمرض في المجتمعات الأوربية المتقدمة كمجتمع إيطاليا، الذي سجل معدل قدر بـــ37.7 %ومجتمع السويد الذي سجل أيضا معدل قدر بـــ38.4% .

يمكن القول أنه إن دلت هذه المقارنة فإنما تدل على أن معدلات الضغط الدموي تعرف إرتفاعا محسوسا في كل المجتمعات دون إستثناء، وبخاصة لدى المجتمعات النامية والمتحضرة والسائرة في طريق النمو، ولعل المعدل الذي سجل لعدد الإصابات بهذا الداء في المجتمع الجزائري يعكس حقيقة مفادها أن عمليات التصنيع والتحضر المستمرة منذ سنوات، إلى جانب نمط الحياة الجديدة، والأوضاع الأمنية المتدهورة، عوامل حملت معها عناصر للتغير والتحول في شتى المجالات من أهمها ما أصاب نمط التغذية من توجه نحو إستهلاك المواد الدسمة والخالية من الألياف، وهذا التغير بدوره يعد سمة أساسية من سمات هذا العصر الذي بات يشهد إنتشارا لمثل هذه المشكلات الصحية.

ومن خلال نتائج الدراسة التي قامت بها وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات سنة 2003، لمعرفة عوامل الخطر التي تؤدي إلى الإصابة بالأمراض غير المتنقلة بواسطة تطبيق من برنامج المنظمة العالمية للصحة "Step "Wise، على عينة مكونة من 4136 شخص منهم 1628 ذكور و2508 إناث، في مدينتي مستغانم وسطيف، إتضح أن معدل إنتشار الضغط الدموي حسب السن والجنس تم تقديره بـــ29.1 %، موزع لدى الإناث بمعدل معتبر وصل إلى 31.6% مقارنة بمعدل قدر بـــ25.4% للذكور.[1] ويمكن توضيح هذا التفاوت في الإصابة حسب السن والجنس في الجدول التالي :

جدول رقم (39) : يوضح معدل إنتشار الضغط الدموي حسب السن والجنس %

الجنس / فئات السن	ذكور	إناث	المجموع
34-25 سنة	13.2	13.8	13.6
44-35 سنة	16.6	29.6	24.4
54-45 سنة	34.8	46.6	41.6
64-55 سنة	52.4	61.9	57.7
المجمـــــــوع	25.4	31.6	29.1

المصـــــدر:

Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalise, Direction de la prévention ,Mesure des facteurs de risque des maladies non transmissibles dans deux zones pilotes (Approche Step "Wise" de l'OMS), Rapport préliminaire, Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalise, Alger, 2004, P03.

يتبين من معطيات الجدول أن معدلات إنتشار الضغط الدموي تزداد بشكل ملحوظ بعد سن 45 سنة فما فوق لتصل إلى أعلى معدل بعد سن 60سنة، وبوجه الخصوص لدى جنس الإناث بإعتبار المرأة تكون أكثر عرضة للمشكلات الصحية عند بلوغها سن اليأس، والذي يعتبر بالنسبة إليها حالة بيولوجية إنتقالية تساهم بشكل أو بآخر في زيادة إحتمال إصابتها بالضغط الدموي، ناهيك عن حالة تعدد وظائفها وزيادة مسؤولياتها الإجتماعية تجاه أسرتها.

(1) Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalise, Direction de la prévention,Mesure des facteurs de risque des maladies non transmissibles dans deux zones pilotes, (Approche Step "Wise" de l'OMS), Rapport préliminaire, Op.cit, P03.

كما سبقت الإشارة إليه فإن هناك صلة وثيقة بين متغير السن ومعدل إنتشار مرض الضغط الدموي في المجتمع، فحسب تحقيق وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات لسنة 2006 يتضح أن مرض الضغط الدموي يزداد مع التقدم في العمر أيضا، فهو ينتشر لدى فئة السن 60 سنة فأكثر.[1] الأمر الذي يمكن تبيانه من خلال الجدول الآتي :

الجدول رقم (40) : يوضح معدل إنتشار الضغط الدموي حسب فئات السن %.

فئات السن	معدل إنتشار مرض الضغط الدموي
0-18 سنة	0.06
19-24 سنة	0.13
25-34 سنة	0.57
35-59 سنة	7.82
60 سنة فأكثر	31.15
المجموع	40.38

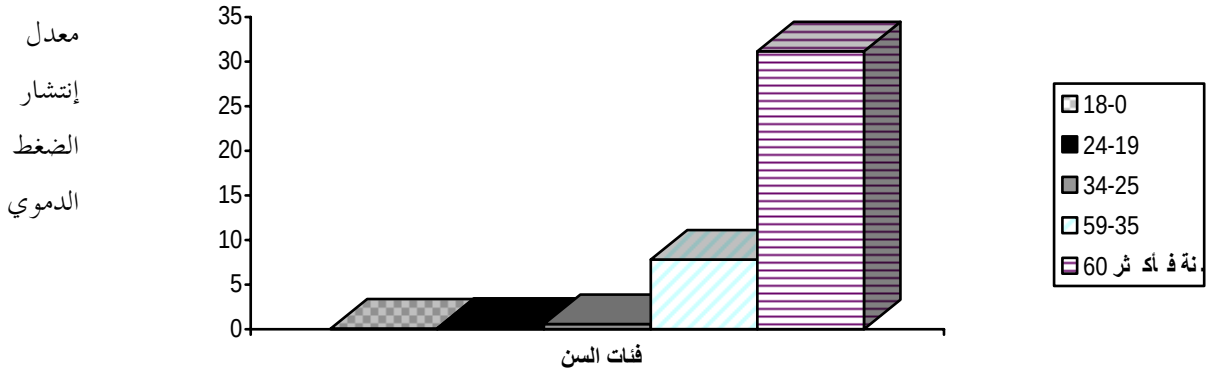
المصدر :

Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Office national des statistiques, Suivi de la situation des enfants et des femmes, Enquête nationale a indicateurs multiples MICSS, Algérie 2006, Rapport préliminaire, Office national des statistiques, Alger, 2007, P 32.

يظهر جليا من بيانات الجدول أنه كلما إرتفع السن إرتفع معه معدل إنتشار مرض الضغط الدموي وخاصة عند تجاوز سن 60 سنة، ويمكن تفسير ذلك بأن التقدم في العمر يستتبع عادة بالتراجع من الناحية البيولوجية في وظائف أعضاء جسم الإنسان، وهذا بالتزامن مع الزيادة في التأثر أكثر من الناحية النفسية والإجتماعية ليصبح في النهاية أيضا أرضا خصبة قابلة للإصابة بالأمراض المزمنة والتي في مقدمتها الضغط الدموي .

(1) Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Office national des statistiques, Suivi de la situation des enfants et des femmes, Enquête nationale a indicateurs multiples MICSS, Algérie 2006, Rapport préliminaire, Op.cit, P 32.

الشكل رقم (04): يوضح معدل إنتشار الضغط الدموي حسب فئات السن .



ومن المتغيرات أيضا المرتبطة بمعدلات إنتشار الضغط الدموي في المجتمع هي المنطقة الجغرافية التي يعيش فيها الأفراد، فقد أصبح للمنطقة الحضرية دورا بارزا من الوجهة السلبية للتأثير في إنتشار مرض الضغط الدموي، الأمر الذي يتضح من معطيات الجدول الآتي الذي يمثل معدل الأشخاص الذين يعانون من الضغط الدموي حسب مكان الإقامة.

الجدول رقم (41): يوضح معدل الأشخاص الذين يعانون من الضغط الدموي حسب مكان الإقامة.

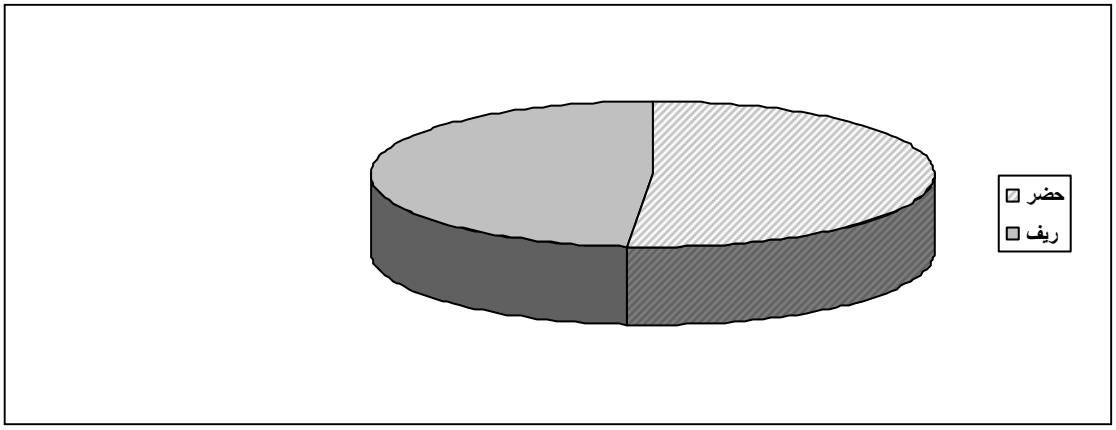
مكـــــان الإقامـــــة	معدل الأشخاص الذين يعانون من الضغط الدموي
حضر	42.7
ريف	40.5
المجمـــــــوع	41.8

المصدر :

Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Office national des statistiques, Suivi de la situation des enfants et des femmes, Enquête nationale a indicateurs multiples MICSS, Algérie 2006, Rapport préliminaire, Office national des statistiques, Alger, 2007, P 33.

ويمكن توضيح أكثر معدل إنتشار الضغط الدموي حسب منطقة الإقامة من خلال شكل بياني دائري.

الشكل رقم (05) : شكل دائري يبين معدل الأشخاص الذين يعانون من الضغط الدموي حسب منطقة الإقامة .



من معطيات الجدول يبدوا واضحا أن معدل إنتشار الضغط الدموي يزداد في المنطقة الحضرية أكثر من المنطقة الريفية، ولعل السبب -يرجع كما سبقت الإشارة إليه- إلى مظاهر التحضر التي باتت تعرفها المدينة، والتي من أهمها وفرة المنتوجات المعلبة والمستوردة إلى جانب كثافة المطاعم ومحلات الأكل السريع والمشروبات بكل أنواعها ، وما يقابل هذا من قلة في الحركة ونقص في التمارين الرياضية.

كما تعتبر مشكلات المدينة مصدرا لمختلف الضغوط الإجتماعية والنفسية التي تؤثر بصورة مباشرة على حياة الفرد وتخرجه من المحيط الهادئ للصحة إلى دائرة الإعتلال، وهذه جميعها عوامل بإمكانها أن تساهم في الإصابة بمرض الضغط الدموي.

إن كثيرا من الأبحاث والدراسات الحديثة تشير إلى أن هناك عدة عوامل تسهم في إرتفاع ضغط الدم في المجتمعات المتحضرة من أبرزها عاملان رئيسيان هما : التغير في نوعية التغذية والضغوط الإجتماعية والنفسية التي يواجهها الفرد في حياته العامة، كما أشارت بعض الدراسات إلى مسألة مهمة وهي إرتباط تأثر إرتفاع الضغط الدموي بما يسمى بعدم التوافق مع أسلوب الحياة المتحضرة التي يسودها إختلال بين الطبقات الإجتماعية، ويحدث هذا الأمر خاصة لدى الأسرة التي تعاني من قلة الدخل والفقر والحرمان...الخ، ويظهر عدم التوافق هذا في التعارض بين السعي للعيش في حالة أو وضع جيد وبين الدرجة والمستوى الوظيفي الخاص بالأسرة، وبمعنى آخر التعارض بين ما يتم إنفاقه من طرف الأسرة وبين ما تسعى هذه الأخيرة للوصول إليه من وضع إجتماعي، يظهر مكانتها ورفعتا إجتماعيا من خلال إستهلاكها للمواد والسلع المختلفة والتي تكون عادة باهظة الثمن، فهذه القاعدة الإجتماعية والثقافية للتعارض في أسلوب ونمط الحياة ترتبط إرتباطا وثيقا مع بعض المتغيرات الفزيقية مثل ضغط الدم، مما يعني أن مرض ضغط الدم لا يمكن فهمه ومعالجته طبيا

فقط، وإنما ينبغي معرفة العمليات الإجتماعية والثقافية المرافقة التي تحدث في المجتمع، هذا إلى جانب الجينات الإنسانية التي تلعب دورا كبيرا هي الأخرى في التأثير على مدى التعرض للإصابة بمثل هذا المرض وبالتالي لا يمكن إنكارها بشكل مطلق.[1]

المطلب الثالث : الوضعية الإبدميولوجية لداء السكري في المجتمع الجزائري .

لقد كثر الحديث في السنوات الأخيرة، والعقود الأخيرة عن الإرتفاع الحاد الذي يعرفه داء السكري في المجتمع الجزائري، ويرجع ذلك أساسا إلى مساهمة عوامل عدة من أهمها الأوضاع المتدهورة الأمنية الإجتماعية والإقتصادية التي أثرت بشكل ملحوظ على صحة الفرد الجزائري، وعلى الرغم من المجهودات المبذولة في مجال الوقاية من داء السكري والمعالجات الخاصة به، التي يمكن أن تخفض من إنتشار الإصابة والوفاة بهذا الداء، فإن عدد الأشخاص الذين يصابون بهذا الأخير في تزايد مطرد، الأمر الذي يتأكد من خلال الملاحظة اليومية للأعداد الكبيرة والمعتبرة الوافدة إلى جميع مراكز الصحة العامة والخاصة بالإستشارات الطبية هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى أثبتت الإحصائيات المسجلة من طرف وزارة الصحة والسكان، أن داء السكري في المجتمع الجزائري بات يعاني منه الكثير من الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم ما بين 30سنة و65 سنة، ولقد قدر معدل إنتشار نمط السكري غير الخاضع للأنسولين بنسبة تراوحت من 7 إلى 8%.[2] وحسب بعض المعطيات المتحصل عليها من الدراسات الميدانية في هذا الصدد، فإنه يلاحظ أن داء السكري إزدادت معدلاته إرتفاعا بشكل ملموس في حدود سنوات التسعينيات، لذلك أكدت دراسة كانت أكثر وثائقية تم إجرائها في مدينة وهران سنة 1990 من طرف الدكتور " بسعود.خ Bessaoud"، وتوصلت إلى أن عدد الحالات المشخصة لمرض السكري من النوع الخاضع للأنسولين قبل سن 15 سنة ولمدة 10 سنوات من 1979 إلى 1988 تم تقديرها وبمعدل إنتشار 0.27%، أما المعدل المتوسط السنوي لوقوع مرض السكري، فقد تم تقديره بـــ4.4 لكل 100.000 ساكن مع الإشارة إلى أن الزيادة بدأت منذ سنة 1986، وبمعدل قدر بـــ8.1 لكل 100.000 ساكن سنة 1988[3].

وفي خلال هذه الفترة أي سنة 1990قد قام التحقيق الوطني الذي أجري حول إنتشار الأمراض في المجتمع الجزائري بتصنيف الداء السكري في المرتبة الرابعة ضمن قائمة الأمراض غير المتنقلة، كما أكدت النتائج الأولية لدراسات إبدميولوجية أخرى مدى وقوع المرض وإنتشاره خلال سنوات

---

(1) يعقوب يوسف الكندري، المرجع السابق، ص.ص، 64.65.

(2) Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Direction de la prévention, Rapport du séminaire Atelier d'élaboration du programmes national de lutte intégrée contre les maladies non transmissibles, Op.cit, P 05.

(3) Laboratoire de développement pharmaceutique, Algérie « Médico-pharmaceutique », Op.cit, P21

التسعينيات أي مابين 1990 و2000.[1] ومن أهم هذه الدراسات تلك التي قام بها "بزاوشة.أ Bezzaoucha.A" في الجزائر العاصمة سنة 1991، بإعتبارها من أكبر المدن الجزائرية من حيث الكثافة السكانية ومستوى التحضر ...الخ، وقد تم تسجيل عدد الإصابات بداء السكري المنتشرة في العاصمة وضواحيها وتم التوصل إلى أن معدل إنتشار الداء قدر بـــ2.1%، أما معدل وقوعه فقدر بـــ2% لكل الفئات العمرية، ولكلا النمطين من داء السكري الخاضع للأنسولين وغير الخاضع للأنسولين. [2]

ومن خلال نتائج دراسة أخرى شملت مدينة وحيدة وهي سيدي بلعباس التي بلغ عدد سكانها 600.000 ساكن، تم إحصاء عدد حالات الإصابة المعروفة سنة 1996 بداء السكري والتي قدرت بـــ4600 حالة، وذلك في إطار الإستشارات الطبية التي تجرى على مستوى القطاع بالمدينة، أما بالنسبة لمعدل الإنتشار فقدر بـــ0.76% من نصف عدد السكريين على الأقل الذين يعالجون في نفس القطاع، في حين تم تسجيل ما بين 1.5 إلى 3% لمعدل وقوع المرض.[3]

وفي هذه السنوات الأخيرة تم الحصول على بعض التقديرات لمعدل وقوع نمط السكري الخاضع للأنسولين في حدود 8 مصاب لكل 100.000طفل في سن لا يتجاوز 15 سنة، ومن الناحية النظرية لا يقل عدد المصابين في المجتمع الجزائري عن 1 مليون و 500.000 مصاب، وللإشارة فإنه ما خفي أعظم من الأشخاص الذين لا يعالجون من هذا الداء.[4]وعلى الرغم من الإحصائيات القليلة المسجلة حول إنتشار داء السكري في المجتمع الجزائري، إلا أنه صار مشكلا حقيقيا يواجهه قطاع الصحة العمومية وبخاصة أمام المضاعفات الخطيرة للمرض، والتي تتطلب نفقات كبيرة على عاتق القائمين على صحة الأفراد، وفي هذا الشأن صرح البروفيسور "بلحاج Belhadj" بأن هناك 8 إصابات جديدة سنويا بداء السكري الخاضع للأنسولين للأشخاص الذين لم يتجاوز سنهم 15 سنة، وفي كل سنة أيضا يتم التكفل بحوالي 800 شخص مصاب بهذا الداء.[5] إن التحقيق الذي قامت به وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات سنة 2003 على عينة مكونة من 4136 شخص من بينهم 1628 ذكور و2508 إناث في سن يتراوح ما بين 25 و64 سنة لولايتي مستغانم وسطيف،

---

(1) Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Direction de la prévention, Rapport du séminaire Atelier d'élaboration du programme national de lutte intégrée contre les maladies non transmissibles, Op.cit, P40.

(2) Laboratoire de développement pharmaceutique, Algérie « Médico-pharmaceutique », Op.cit, P21.

(3) Ibid, P 21.

(4) Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalise, Direction de la prévention, Rapport du séminaire Atelier d'élaboration du programme national de lutte intégrée contre les maladies non transmissibles, Op.cit, P17.

(5) J.P Grangaud « Editoria » Algérie santé, communication, publicité, Alger,Edition, N°8 janvier-février, 2002, P 3.

وذلك وفقا لإقتراب برنامج منظمة الصحة العالمية " Step " wise في سياق فهم وإستعاب عوامل الخطر الخاصة بالأمراض غير المتوطنة، إتضح أن معدل إنتشار داء السكري يقدر بـــ8.9% بين أفراد العينة.[1] الأمر الذي يمكن تبيانه من خلال معطيات الجدول الآتي :

جدول رقم (42) : يمثل معدل إنتشار داء السكري حسب السن والجنس %.

الجنس / فئات السن	ذكور	إناث	المجموع
34-25 سنة	8.03	5.12	6.61
44-35 سنة	5.87	5.03	5.36
54-45 سنة	5.62	7.83	6.90
64-55 سنة	4.0	6.87	5.60
المجمـــــــوع	6.10	5.90	6.02

المصدر:

Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Direction de la prévention, Mesure des facteurs de risque des maladies non transmissibles dans deux zones pilotes (Approche Step "Wise" de l'OMS), Rapport préliminaire, Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Alger, 2004, P03.

بناءا على الأرقام المسجلة في هذا الجدول فإن معدل إنتشار داء السكري في المجتمع الجزائري، صار يعرف إرتفاعا حتى في أوساط فئات السن الشبابية أي 25-34 سنة وبمعدل وصل إلى 6.61%، غير أنه يبرز إرتفاع هذا الداء بشكل معتبر في فئة السن المعروفة طبيا بالقابلية للتعرض أكثر به وهـــــي 45-54 سنة وبمعدل قدر بـــ6.90%، كما أن أعلى نسبة من هذه الفئة العمرية سجلت لجنس الإناث إذ قدرت بـــ7.83% مقارنة بنسبة قدرت بـــ5.62% لجنس الذكور، ولا شك أنه تتأثر الأعراض النفسية الشخصية والإجتماعية لتعرض المرأة أكثر للإصابة بهذا الداء، يضاف إلى ذلك العامل الجيني والوضعية الصحية التي تكون عليها المرأة بعد سن اليأس، والتي من المحتمل أن تساهم في إصابتها بعدة أمراض مزمنة.

يبين هذا الواقع بوضوح أن معدل إنتشار داء السكري في المجتمع الجزائري عرف تزايد محسوسا خاصة منذ بداية 1990 وخلال سنوات 2000، التي شهدت عددا كبيرا من الإصلاحات

(1) Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalise, Direction de la prévention, Mesure des facteurs de resque des maladies non transmissibles dans deux zones pilotes (Approche Step " Wise " de l'OMS), Rapport préliminaire, Op.cit, P3.

الإقتصادية وتنفيذ سياسات الإنفتاح والليبرالية الإقتصادية على المجتمعات الغربية، مما أدى إلى التأثير الكبير على نمط معيشة الفرد الجزائرية، وخاصة مع طغيان الإستهلاك كقيمة جديدة وظهور الرغبة لدى الفرد الجزائري في مسايرة الأوضاع المادية الإستهلاكية في المجتمع، حيث إنتشرت ظاهرة التقليد لمختلف المنتجات الأجنبية أو ما يعرف بإستهلاك المواد المستوردة والمعلبة، وبرز ما يسمى بمطاعم ومحلات الأكل السريع التي تشتهر بتحضير الوجبات الغذائية الغنية بالدهون والكربوهيدرات، وكذا توفير المشروبات ذات المحتويات السكرية العالية هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى فإن عملية التغير في نوعية الأطعمة المقدمة والمستهلكة إرتبطت أيضا بتغير سلوك الفرد الجزائري، الذي أصبح يفضل الأعمال والنشاطات المكتبية أكثر من الأعمال اليدوية والحركية التي كانت معتمدة أكثر في وقت سابق للحصول على الغذاء والإنتاج (الزراعة) .

إن هذا النمط من المعيشة يرتبط بشكل ملحوظ بمعدلات كبيرة من الأفراد الذين يعانون من إرتفاع في الوزن، أي السمنة وما يمكن أن تسببه من مصادر للإصابة بداء السكري، هذا إلى جانب مسببات أخرى لا يمكن تجاهلها في مساعدة ظهور الإصابة بداء السكري منها العامل الجيني، وكذا الضغوط النفسية والإجتماعية التي عاشها الفرد الجزائري بين العيش في مستوى معيشي مماثل للآخرين وبين العنف الممارس داخل المجتمع، ومن معطيات التحقيق الوطني الذي قامت به وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات سنة 2006، يتأكد أكثر بصورة أدق معدل إنتشار داء السكري في المجتمع الجزائري حسب فئات السن، الأمر الذي يعكسه الجدول والشكل التالين:

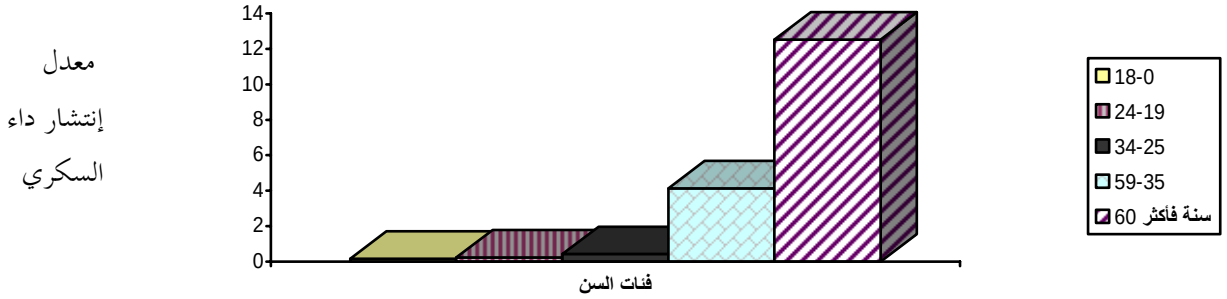
الجدول رقم (43) : يوضح معدل إنتشار داء السكري حسب فئات السن %.

فئـــــــــات السن	معدل إنتشار داء السكري
0-18 سنة	0.16
19-24 سنة	0.23
25-34 سنة	0.42
35-59 سنة	4.13
60 سنة فأكثر	12.52
المجمـــــــوع	2.10

المصدر :

Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Office national des statistiques, Suivi de la situation des enfants et des femmes, Enquête nationale a indicateurs multiples MICSS, Algérie 2006, Rapport préliminaire, Office national des statistiques, Alger, 2007, P 32.

الشكل رقم (06) : يمثل معدل إنتشار داء السكري حسب فئات السن .



إنطلاقا من معطيات الجدول يتبين أن الداء السكري يصيب أكثر الأشخاص الذين تجاوزوا سن 35 سنة وبنسبة قدرت بـــ4.13%، وتبلغ معدلات إنتشاره قمتها أي 12.52% عند بلوغ سن 60 سنة فأكثر، ويعود السبب كما تم ذكره في السابق إلى العوامل البيولوجية، النفسية والإجتماعية المؤثرة في الإصابة بهذا الداء عند الإقتراب من مرحلة الشيخوخة أو معايشتها بعناء وتعب، وكما هو معروف فإن مرحلة الشيخوخة تصاحبها مجموعة كبيرة من الأمراض المزمنة من أهمها داء السكري، والذي يجد الظروف الملائمة للظهور، وفي نفس السياق فإن الإحصائيات المتوفرة تكشف أيضا أن داء السكري بات ينتشر أكثر في المدن الجزائرية مقارنة بالريف الجزائري، الأمر الذي يتضح من بيانات الجدول والشكل، اللذين يوضحان معدل إنتشار الأشخاص الذين يعانون من داء السكري حسب مكان الإقامة .

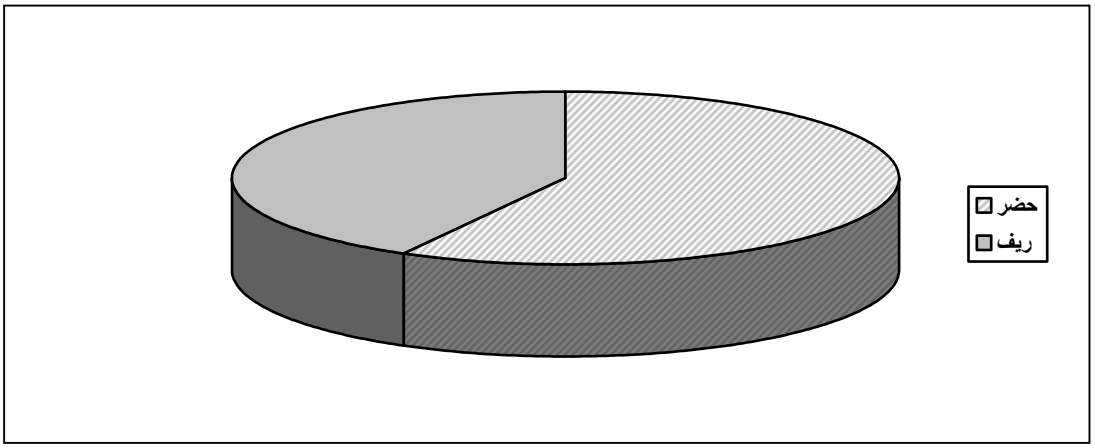
الجدول رقم (44):يوضح معدل الأشخاص الذين يعانون من داء السكري حسب مكان الإقامة%

مكـــــان الإقامـــــة	معدل الأشخاص الذين يعانون من الداء السكري
حضر	22.5
ريف	16.3
المجمـــــــوع	20.1

المصدر :

Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Office national des statistiques, Suivi de la situation des enfants et des femmes, Enquête nationale a indicateurs multiples MICSS, Algérie 2006، Rapport préliminaire, Office national des statistiques, Alger, 2007, p 33.

الشكل رقم (07) : شكل دائري يمثل معدل الأشخاص الذين يعانون من داء السكري حسب مكان الإقامة %.



حسب الإحصائيات المبينة في الجدول يتأكد ما تقدم ذكره أن داء السكري ينتشر في الأوساط الحضرية منها في الريف فقد بلغ معدله 22.5% في الحضر مقابل 16.3 للريف، ولعل السبب في ذلك يرجع أساسا إلى الأوضاع الأمنية والإقتصادية الصعبة التي مربها المجتمع الجزائري خاصة في هذين العقدين الأخرين من الزمن، مما إنعكس سلبا على مستوى صحة السكان.

إن هذه الأوضاع الحرجة صاحبها نمو كبير في المدن الجزائرية وعدم إستعابها للطاقات البشرية المتزايدة طبيعيا والوافدة من الأرياف، الأمر الذي فجر في المجتمع أزمات إجتماعية خطيرة، أهما ظاهرة العنف التي تواجه الفرد يوميا في المدينة والإحباطات المتتالية التي أصابته، والتي ساهمت بشكل أو بآخر في تفجير صحته بالأمراض المزمنة ومنها داء السكري، الذي يمثل أكثر الأمراض تأثرا بالعوامل النفسية والسوسيو-إقتصادية المتدهورة بالموازاة مع وجود إستعدادات وراثية وحالات بيولوجية مؤثرة أيضا في صحة الأفراد.

إن المحيط البيئي يعتبر مسألة هامة في درجة التأثير على تغير نمط حياة السكان، وخاصة ما يتعلق بتحديد عمليات إستهلاك السعرات الحرايرة في الغذاء، وكذلك الطاقة المبذولة يوميا مما يؤثر في النهاية على زيادة حجم الجسم ووزن الفرد الذي يرتبط إرتباطا وثيقا بداء السكري.[1] وعلى هذا الأساس فجميع هذه العوامل لا يمكن تجاهل تأثيرها في إحداث الإصابة بهذا الداء .

المطلب الرابع : مستويات الإصابة بأمراض القلب في المجتمع الجزائري.

من المعروف أن الإصابة بهذا المرض القاتل أصبحت مكلفة جدا في المجتمع الجزائري، ولعل الطاقات البشرية وتوفر الرعاية الصحية بما فيها التقنيات اللازمة للأطباء حتى يتعرفوا على كل

(1) Marcel-Jacques chicouri, Op.cit, P43

المؤشرات الخاصة بالمرض، وكذا إجراء التشخيص المبكر هي من أهم أمور الإنفاق في الميزانية العامة للمجتمع، وبخصوص الجانب الإحصائي، فإنه يتبين من خلال معطيات وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات أن الأمراض القلبية تسجل معدلات إنتشار معتبرة، ويمكن توضيح ذلك من خلال الجدول والشكل التالين :

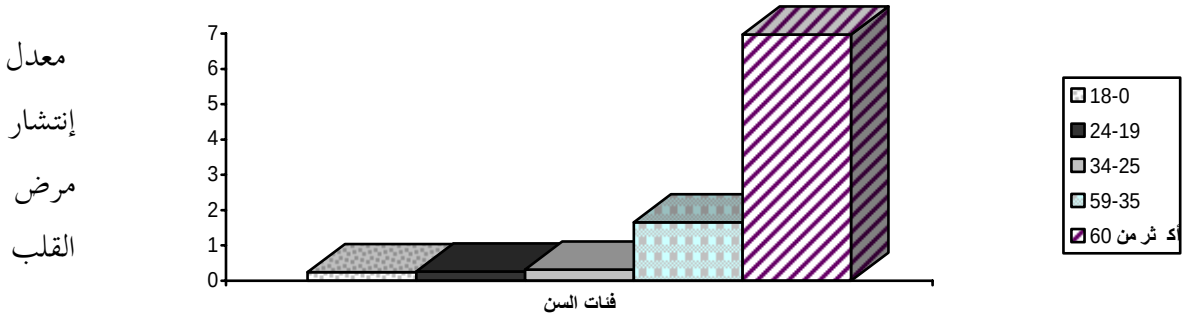
الجدول رقم (45) : يبين معدل إنشار مرض القلب حسب فئات السن %.

فئـــــــــات السن	معدل إنتشار مرض القلب
18-0 سنة	0.24
24-19 سنة	0.26
34-25 سنة	0.13
59-35 سنة	1.65
60 سنة فأكثر	6.98
المجمـــــــوع	1.11

المصدر :

Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Office national des statistiques, Suivi de la situation des enfants et des femmes, Enquête nationale a indicateurs multiples MICSS, Algérie 2006, Rapport préliminaire, Office national des statistiques, Alger, P 32.

الشكل رقم (08) : يمثل معدل إنتشار مرض القلب حسب فئات السن %.



يظهر التمعن في معطيات الجدول والشكل السابقين أن معدل إنتشار مرض القلب في المجتمع الجزائري يزداد مع التقدم في السن، وأن فئة السن 60 سنة فأكثر تسجل أعلى معدل للإصابة بهذا الداء الخطير الذي يصل إلى 6.98% ، ويمكن تفسير ذلك كون جسم الإنسان عموما يميل إلى الوهن والضعف كلما إرتفع في السن، وكذلك الحال بالنسبة للخلل الذي يصيب عضلة القلب المعقدة،

حيث ترتفع درجة تأثرها لدى الفئات العمرية المسنة مقارنة بالفئات الأخرى، لذلك يعاني معظم البالغين مثلا من درجة معينة من تصلب الشرايين ولكن دون إدراك ذلك.[1] وحتى يمكن تفسير أكثر مدى إنتشار هذه المشكلة من وجهة النظر السوسيولوجية، يتم توضيحها في ضوء ما يشهده المجتمع الجزائري من تحولات في المناطق الحضرية والريفية، وهذا من خلال تبيان الأشخاص الذين يعانون من مرض القلب حسب منطقة الإقامة.

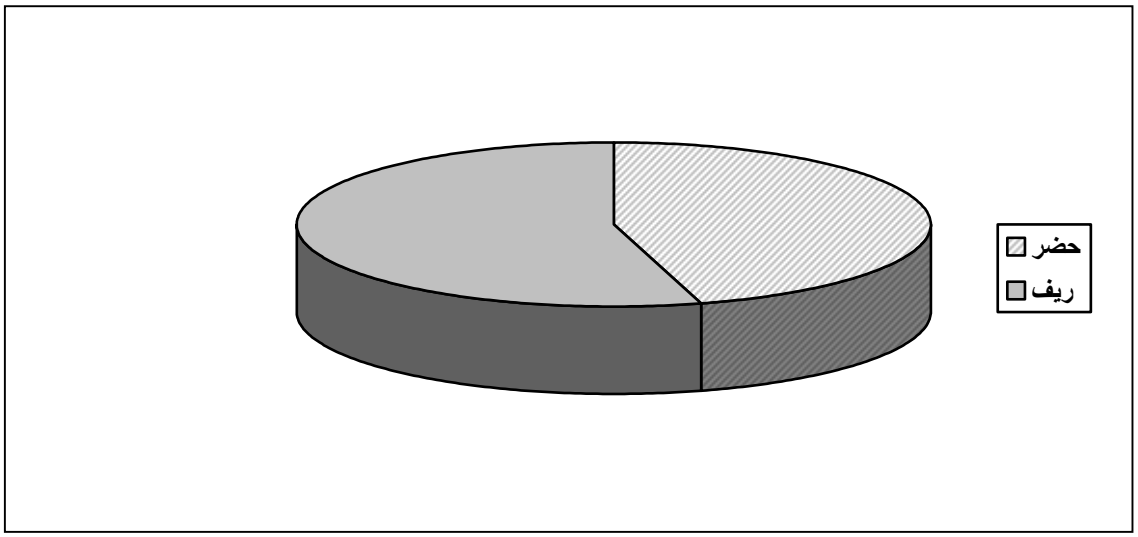
الجدول رقم (46):يوضح معدل الأشخاص الذين يعانون من مرض القلب حسب مكان الإقامة%.

مكـــــان الإقامـــــة	معدل الأشخاص الذين يعانون من مرض القلب
حضر	15.1
ريف	18.1
المجمـــــــوع	16.1

المصدر :

Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Office national des statistiques, Suivi de la situation des enfants et des femmes, Enquête nationale a indicateurs multiples MICSS, Algérie 2006, Rapport préliminaire, Office national des statistiques, Alger, 2007, P 33.

الشكل رقم (09) : شكل دائري يمثل معدل الأشخاص الذين يعانون من مرض القلب حسب مكان الإقامة .



[1] طوني سميث وآخرون، المرجع السابق، ص 415.

يتبين من النتائج المعروضة سابقا أن نسبة الأشخاص الذين يعانون من مرض القلب حسب منطقة الإقامة تبدوا متقاربة بين الحضر والريف، وفي كل الأحوال فإن التحولات الإجتماعية التي أدى إليها التحضر والنمو الحضري السريع وتمدين الريف والديناميكية الإجتماعية والديموغرافية القوية، كل ذلك ساهم في بروز ظاهرة إنتشار الأمراض المزمنة بما فيها الأمراض القلبية في مركز جميع هذه التحولات التي عرفها المجتمع الجزائري في زمن قياسي، وبإعتبار ما تحمله هذه الأمراض وما تفرزه من ضغوط أو مشكلات تؤثر بصورة أو بأخرى في حياة الفرد أو الجماعة الإجتماعية، فإنها تمثل أكبر خطر يهدد الصحة العمومية ويقلل من قدرتها على التكفل بالمصابين بهذه النوعية من الأمراض.

إن في المجتمعات الحديثة مثل المجتمع الجزائري يمكن أن يعجز النسق الصحي بمؤسساته العضوية في الكثير من الأحيان والحالات على إستعاب معاناة الأشخاص المصابين بهذه الأمراض، وحماية صحتهم من خطر المضاعفات كما هو الحال بالنسبة للأمراض القلبية التي تنتهي غالبا بالوفاة، بالإضافة إلى صعوبة إدماج وتأطير هذه الفئة في المجتمع مما يجعلهم في حالة من الهامشية، الأمر الذي يزيد من تدهور حالتهم الصحية.

إن هذه المؤشرات تؤكد حقيقة مهمة وهي مقدار تأثير عوامل التغير الإجتماعي والثقافي التي كانت ولازالت تؤثر وبقوة في إحداث مثل هذه الأمراض غير المتنقلة، والتغير الذي أصاب نمط التغذية يمثل أحد أبرز الآثار الناتجة عن هذه العوامل، وفي نفس الوقت يصنف ضمن المسببات الرئيسية لحدوث الإصابة بالأمراض القلبية، ولا شك أن المشكلة تتجاوز هذا الحد خاصة وأن العالم المتحضر حاليا يعيش أوضاعا مستجدة كما هو الحال بالنسبة للوضع الغذائي، الذي عرف إرتفاعا ملموسا في إستهلاك الغذاء الغني بالدهون والكربوهيدرات، الأمر الذي أدى بدوره إلى الرفع من معدلات الكلسترول في الدم، وهذا السبب له صلة وثيقة بظهور الإصابة بإنسداد في شرايين القلب إلى جانب ظهور الإصابة بالسمنة كسبب ثاني يؤدي هو الآخر إلى الإعتلالات القلبية.[1] وعلى هذا الأساس فإن السمنة باتت تمثل مشكلة حقيقية يواجهها العالم المتحضر اليوم كونها ترفع من معدلات الوفاة، وفي هذا السياق أشارت العديد من الدراسات إلى الصلة الوثيقة التي تربط بين الغذاء أو التغذية السيئة وزيادة الوفيات في العالم، كما أشارت بعض الدراسات الأخرى إلى أن المشكلات الثلاث السمنة والتغذية والإصابة بالأمراض المزمنة، لم تعد تقتصر على إصابة ذوي الفئات العمرية المتوسطة وكبار السن، بل صارت تصيب حتى صغار السن (الأطفال) في هذه المجتمعات الحديثة، وهذا لا يعني أن الأشخاص الذين يعانون من النحافة غير معرضين، وإنما هم أيضا يمكن إصابتهم

[1] يعقوب يوسف الكندري، المرجع السابق، ص 301 .

بمرض القلب، وللإشارة فإن الذين يعانون من البدانة هم أكثر تعرضا للإصابة بأمراض القلب من غيرهم، وعليه فالبدانة تخلف آثارا سلبية على الصحة عامة وتبعات إجتماعية ثقافية ترتبط بوجه الخصوص بحدوث أمراض القلب والشرايين.[1] ومن الجدير بالذكر في هذا المقام أنه بإمكان للسمنة أن تؤدي إلى الإصابة بمرض الضغط الدموي وداء السكري اللذين بدورهما يمثلان سببين رئيسين للإصابة بأمراض القلب.[2]

إن عامل قلة المجهود العضلي والرياضي يمثل أيضا سببا في حدوث الإصابة بأمراض القلب، وهنا أوضحت الكثير من الدراسات أن الحركة المستمرة والقيام بالتمارين الرياضية تساعد على التقليل من معدلات كلسترول الدم، الأمر الذي يمكن أن يقي شرايين القلب من التصلب، وحتى بالنسبة لكبار السن كالقيام بالحركة والمشي المستمر دون إفراط يؤديان إلى التخفيض أيضا من مستوى الكلسترول في الدم، كما أن ممارسة الرياضة لها ما يبررها من الأهمية في مجال الوقاية من الأمراض الأخرى التي تمثل أسباب رئيسية في الإصابة بأمراض القلب كما هو الحال بالنسبة للضغط الدموي والسمنة، وفي هذا الإتجاه يشدد الفاعلون في مسألة الوقاية من الأمراض المزمنة على التخفيض من السعرات الحرارية العالية التي تحتويها الأطعمة والوزن الزائد، وفي المقابل التكثيف من ممارسة الرياضة في حدودها الطبيعية وكل ما من شأنه إبعاد خطر الإصابة بأمراض القلب .

إن النشاط الرياضي وقلة الحركة لهما علاقة وطيدة بعمليات التحديث والتحضر الجارية في المجتمعات، والتي أبعدت الإنسان عن النشاطات التي تتطلب حركة دائمة وإستبدلت ذلك بالوظائف والأعمال المكتبية ذات الحركة البسيطة، وهذه عوامل كلها إرتبطت بلا شك بحدوث حالات الإصابة بأمراض القلب.[3] ومن الملاحظ بالنسبة للوضع المعيشي الخاص بالفرد الجزائري في علاقته بهذه الأمراض عموما أن عناصر التغير الإجتماعي والثقافي وبسبب عوامل كثير خارجية وجديدة، أضحى الوسط الخارجي للفرد الذي يعيش في المدينة اليوم يعج بإغراءات مادية ويمثل فضاءا هاما لكثير من التعاملات وقضاء الحاجيات المختلفة، بل تحول في السنوات الأخيرة إلى فضاءات لكثير من الممارسات العشوائية ذات الطابع التجاري في الغالب، كما هو الحال بالنسبة لإنتشار محلات بيع الأطعمة السريعة التناول والأجنبية الأصل في أغلب الأحول، وكذا الإعتماد على المواصلات في عمليات التنقل لأقرب المسافات، الأمر الذي يقلل من حركة ونشاط الفرد وزاد من إبعاده عن القواعد الصحية كالحاجة لممارسة الرياضة والمشي.

---

(1) نفس المرجع، ص 302 .

(2) Kheir Eddine Merad Boudia, Op.cit, P 52 .

(3) يعقوب يوسف الكندري، المرجع السابق، ص-ص 303-304.

وتجدر الإشارة إلى أن الوسط الريفي بدأت تؤثر فيه هذه العناصر السالفة الذكر غير أن العديد من النشطات والسلوكيات العفوية والتلقائية التي تمارس فيه طبيعيا، وفي إطار متطلبات البيئة الجغرافية تعتبر من الأساليب الصحية في الحياة، كالعمل في الحقل أو المزرعة أو المشي لمسافات طويلة ...الخ، وهذا ما يؤكد مرة أخرى مدى مساهمة ضغط البيئتين الإجتماعية والجغرافية في جعل الفرد عرضة للأخطار الصحية المحدقة به، وخاصة منها حالات الإصابة بالأمراض المزمنة.

المطلب الخامس: السياسة الوطنية لمكافحة الأمراض المزمنة في المجتمع الجزائري.

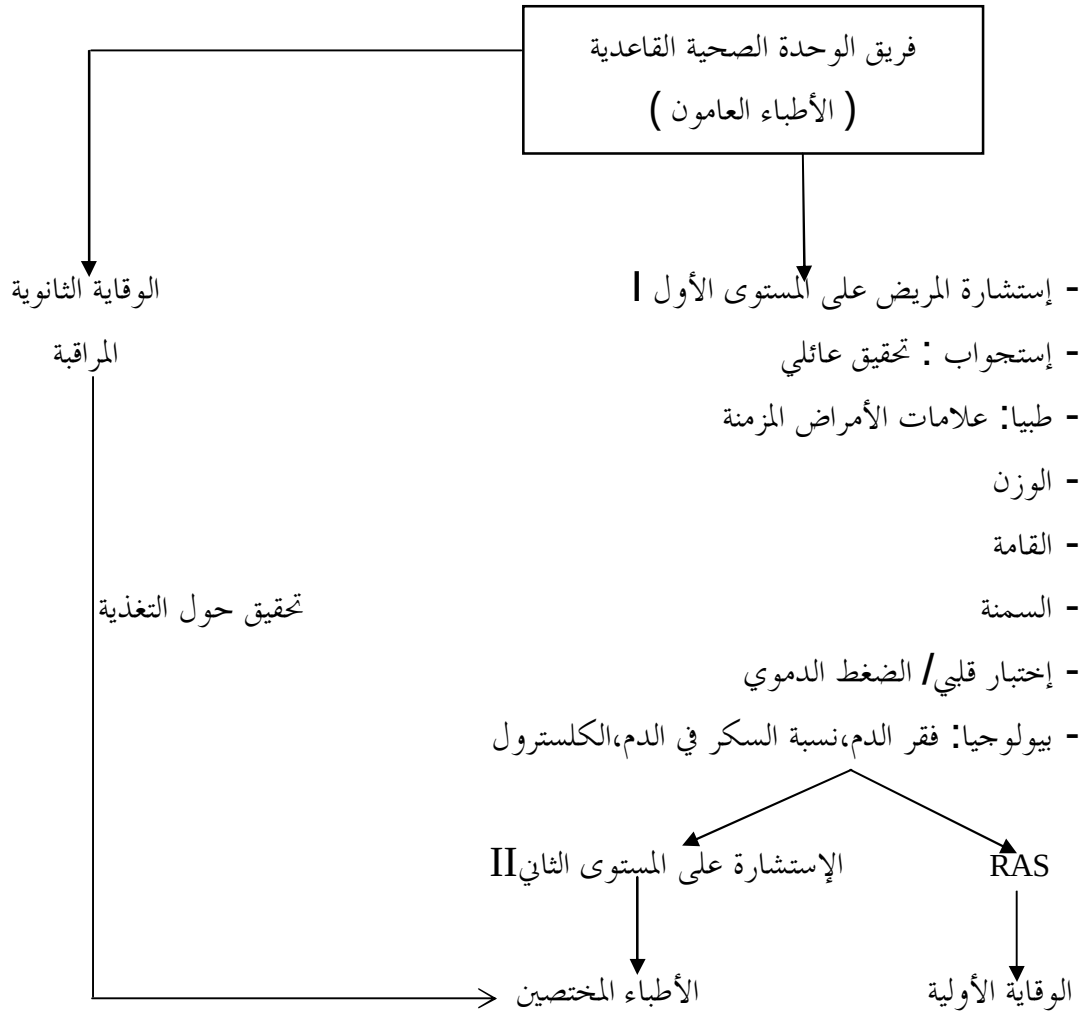
عرفت الدولة الجزائرية في مجال الصحة منذ الإستقلال عدة برامج هدفت إلى إصلاح وعصرنة النسق الصحي، وحاولت من خلال ذلك القضاء على العديد من الأمراض المعدية، غير أن الإنتقال إلى نوعية جديدة من الأمراض تتصف بأنها مزمنة ومستوطنة لدى من يعاني منها، كضغط الدم، داء السكري، مرض القلب والسرطان وغيرها، مما تتطلب من الفاعلين في هذا المجال تبني سياسة أو إستراتيجية صحية وطنية فعالة لمكافحة هذه النوعية من الأمراض، التي إنتشرت بين السكان وأصبحت تمثل سببا رئيسيا للوفيات.

إن مكافحة الأمراض المزمنة فرضت على عدة مؤسسات وطنية القيام بدراسات وتحقيقات وأبحاث علمية، لأجل الوقوف على حدوث الإصابة بهذه الأمراض وإنتشارها في المجتمع الجزائري، الأمر الذي يتم في شكل تحقيقات من طرف وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات بالتعاون مع الديوان الوطني للإحصائيات، وبخاصة من الناحية الإبدميولوجية، إضافة إلى ما يقوم به المعهد الوطني للصحة العمومية من دراسات ومسوح في هذا الإطار. ومما قامت به وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، هو إعداد إستراتيجية وطنية ذات طابع وقائي حول الأمراض المزمنة التي تعرف إنتشارا واسعا في المجتمع الجزائري ومن أهمها، ضغط الدم، داء السكري، أمراض القلب والسرطان، وشملت هذه الإستراتيجية وضع برنامجا خاصا بكل نوع من هذه الأمراض على حدى، وتدعيم المراقبة المستمرة وتخفيض تكاليف العلاج لمن يصاب بهذه الأمراض، إن السياسة الصحية التي إتبعها القائمون على الصحة في المجتمع الجزائري تتماشى وسياسة منظمة الصحة العالمية في مجال الوقاية من الأمراض غير المتنقلة، التي تعتمد أساسا على برنامج متكامل يتضمن البحث في عوامل الخطر، وكذا المراقبة الدائمة لمدى تطور هذه الأمراض ومحاولة تجنب مضاعفاتها والحد من إنتشارها بين السكان. [1] إن سياسة منظمة الصحة العالمية تهدف من خلال شعارها " الصحة للجميع La Santé "pour tous" (OMS)"، إلى حماية حياة السكان وتجنب إصابتهم أو إعاقتهم جسديا وعقليا

[1] Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Direction de la prévention, Rapport du séminaire Atelier d'élaboration du Programme national de lutte intégrée contre les maladies non transmissibles, Op.cit, P14.

وإجتماعيا.[1] وفي إطار مكافحة الأمراض المزمنة سعت المنظمة إلى تحديد بعض المقاييس الجسمانية والمقاييس البيولوجية، وحتى بعض العادات الصحية للكشف عن أهم عوامل الخطر المساعدة على ظهور وإنتشار الأمراض المزمنة، ولعل من أهم هذه العوامل ما تعلق بإستهلاك التدخين والكحول،التغذية، التحضر السمنة، الضغط الدموي، إرتفاع معدل الكلسترول في الدم، وعلى هذا الأساس تبنى الفاعلون في مجال الصحة في المجتمع الجزائري هذه الإستراتيجية، ووضعوا برنامجا وقائيا يهدف إلى المراقبة الدائمة لمثل هذه المسببات والشكل الآتي يوضح مستويات الوقاية بشيء من التفصيل.

شكل رقم(10): يبين مستوى الوقاية والتكفل بالأمراض المزمنة .[2]



(1) Driss Mammeri, Op.cit, P5

(2) Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Direction de la prévention, Rapport du séminaire Atelier d'élaboration du Programme national de lutte intégrée contre les maladies non transmissibles, Op.cit, P70.

وبناءا على ما سبق ذكره يمكن إبراز أبعاد الإستراتيجية الوطنية الهادفة إلى تجنب عوامل الخطر التي ترفع من إحتمال الإصابة بالمرض المزمن وتعتبر التغذية، النشاط الحركي والتدخين من العوامل ذات الإهتمام البالغ والكبير في عملية المراقبة، حيث يتم في مجال التغذية تنفيذ سياسة رامية إلى تطوير الإنتاج المحلي للخضر والفواكه، إلى جانب ترقية نشاط الصيد البحري وتوفير اللحوم البيضاء وزيت الزيتون، وفي المقابل يتم التركيز على تحسين وترقية المخابر المكلفة بالمراقبة وإجراء التحاليل الطبية، وبخاصة فيما يتعلق بالمراقبة الطبية للحيوانات، وهنا يمكن تبني الموقف الذي يعتبر تجنب المواد الغنية بالأملاح والمشروبات الكحولية أمرا ضروريا للصحة، وما يدعم هذه المؤشرات الصحية تلقين الأفراد منذ الصغر القواعد الصحية المتعلقة بالعادات الغذائية.

وفيما يخص طرائق العمل المتعلقة بالمراقبة المستمرة فإن المعهد الوطني للصحة العمومية يوفر وحدات تتكفل بعمليات التنسيق ومتابعة برامج التغذية والصحة في نفس الوقت، وإنشاء بنك للمعلوماتية يهتم بالوضعية الإبدميولوجية من خلال التحقيقات التي تجرى بين السكان، كما تتم المتابعة على مستوى المؤسسات الطبية والتي تطبق بدورها مختلف المقاييس الطبية.

أما بالنسبة لوزارة الصحة والسكان فهي تعمل على ترقية ممارسة التمارين الرياضية من خلال عمليات التحسيس والتوعية بأهمية النشاط الرياضي بين مختلف شرائح المجتمع، والفئات العمرية وبالخصوص لدى المتمدرسين، أي محاولة الرفع في مستوى الرياضة المدرسية وإستغلال أوقات العمل والفراغ، وهذا نظرا للفائدة التي تعود على صحة السكان، الأمر الذي تطلب أيضا تكوين أطباء عامين، مربين ومكونين في الرياضة لتأكيد أهميتها في مجال الوقاية من الأمراض غير المتنقلة.

إن ظاهرة إستهلاك التبغ تتطلب إجراء تحقيقات وطنية لإبراز خطورة مدى إنتشارها بين السكان، لذلك فالرفع من ثمن السجائر وتبصير أفراد المجتمع بأن التدخين سلوك إجتماعي غير عادي، هي إجراءات ضرورية تدخل في إطار حملات التنبيه إلى أضرار التدخين.[1] وفي هذا الشأن يمكن توضيح بعض البرامج الوطنية لمكافحة الأمراض المزمنة من ذلك البرنامج الوطني لضغط الدم والبرنامج الوطني لداء السكري.

1- البرنامج الوطني للضغط الدموي: إن الشواهد المرضية والتجريبية تدل على أن مقاومة ضغط الدم المرتفع والوقاية منه، هي أساس الوقاية من الإصابة بداء السكري وأمراض القلب وغير ذلك من الأمراض، ونظرا للمضاعفات الخطيرة التي تنتج عن هذا الداء الذي يسمى بالمرض الصامت، فإن البرنامج الوطني لمكافحته جاء يتضمن عدة إجراءات منها الوقاية والكشف الطبي والمعرفة الصحية،

[1] Ibid, P.P 83.84.

يضاف إلى ذلك كل ما يتعلق بالتكفل بالمرضى المصابين بالداء، وأخيرا توفير ما يطلق عليه بـــأداء العناية.

1-1-الوقايـــة: كما هو معروف طبيا فالوقاية خير من العلاج، وهي محاولة الشخص تجنب الإصابة كليا، ويمكن أن تتضمن الوقاية من مرض الضغط الدموي، معرفة مختلف عوامل الخطر المتمثلـــة في القلق، التدخين، السمنة، داء السكري، التحضر، كما يتم تعديل العادات السيئة تجاه عوامل الخطر المذكور في هذا المقام، ومن خلال التوقف عن التدخين، تعديل النظام الغذائي وممارســـة النشـــاط الرياضي، وفي المقابل تدعيم الوقاية الثانوية عن طريق التنسيق بين مختلف البرامج الوطنية المطبقـــة، لمكافحة الأمراض الأخرى كما هو الحال بالنسبة للبرنامج الخاص بداء السكري، البرنامج الخـــاص بالسرطان وبرنامج الأمراض التنفسية.

1-2- الكشف: يتم إجراء الكشف من خلال معرفة الأشخاص المعرضين لخطر الإصابة بالضـــغط الدموي في أماكن معينة من ذلك المدارس، الجامعات، أماكن العمل والمراكز الطبية.

1-3- المعرفة الصحية: إن المعرفة الصحية هي بمثابة إجراء وقائي من الأمراض، حيث تتخذ أساسا لها كل من ضبط نسق المعلومات الصحية، جمع المعلومات، الإستغلال والتحليل، ويتم هذا بالتعاون مع القطاع الخاص، وحتى تأتي المعرفة الصحية بنتائج إيجابية يمكن الإعتماد علـــى أســـلوب التوعيـــة والتحسيس، من خلال إستغلال وسائل التثقيف الصحي كما هو الحال بالنسبة لوسائل الإعلام وفي مقدمتها التلفزة، ومؤسسات التنشئة الإجتماعية كالمدرسة، كما يمكن أن تكون العملية ملموســـة أكثر عند مراقبة صناعة المواد الغذائية ونسبة الملح، وأيضا مراقبة بعض المهـــن المحـــددة كالمخـــابز، المطاعم ومحلات الأكل السريع، ولعل ما يدعم هذا المنهج العلمي هو إدماج هذه البرامج في ميادين الدراسة الطبية والحرص على التكوين الدائم الذي يضمن الوعي الصحي لأفراد المجتمع.

1-4- تنظيم التكفل بالمرضى:يتم هذا الإجراء من خلال تسخير الموارد البشرية والماديـــة ومختلـــف الوسائل الطبية وتبرز هذه العملية بوضوح في مرتبتين، فالأولى تتم على مستوى المراكـــز الصـــحية والعيادات الخاصة، وهنا يشرع في التكفل بالمرضى من طرف الأطباء العامين وبوسائل طبية كمقياس الضغط الدموي، وتحضير سرير طبي لإجراء الإختبارات والكشوف الطبية، بالإضافة إلى مقياس وزن الجسم، أما بالنسبة للمرتبة الثانية فهي تتم على مستوى القطاعات الصحية، مستشـــفيات الـــدوائر والعيادات المتخصصة، وفي هذه المرتبة يقوم الأخصائيون في أمراض القلب بالإعتماد على الوســـائل الطبية المتاحة كالمخطط الخاص بالتخطيط القلبي ECG وسرير المراقبة الطبية، يضاف إلى ذلك إجراء بعض التحاليل الطبية مثل نسبة السكر في الدم، نسبة الكلسترول وغيرها، وهـــذا مـــن الناحيـــة البيولوجية.

1-5- أداء العناية: إن أداء العناية مرتبط أساسا بالميزانية المخصصة لهذه العملية وكل التبعات من أدوية وغيرها، ويظهر ذلك من خلال التكفل بالمرضى بواسطة دفتر صحي، بطاقة، سجل، نموذج خاص بتعويض الأدوية، بالإضافة إلى تعيين شبكات للعناية والعلاج، وهذا بالتعاون بين القطاعيين العام والخاص.[1]

2- البرنامج الوطني لداء السكري: إن زيادة المرضى السكريين في المجتمع الجزائري شكل ولازال يشكل عبئا ثقيلا على الفاعلين في مجال الصحة، الأمر الذي دفع بالوزارة المعنية إلى وضع برنامج وطني لأجل التكفل العاجل بمن يعانون من هذا الداء، حيث قدم هذا البرنامج مشكلا من النخب المتخصصة على المستوى الوطني، الولائي والمحلي، إضافة إلى الفرق الطبية والشبه طبية، وهذا بالتعاون مع مديريات الوزارات المختلفة، ويتم إقتراح نشاطات هامة تتمثل غالبا في التقييمات المالية المقدمة من طرف المديريات المعنية، كما يتم تقسيم بعض البرامج تقسيما مماثلا سواء تعلق الأمر بالموارد المادية أو الموارد البشرية، وبخاصة من مستخدمي الصحة والمختصين في داء السكري، ومن أهم ما يرتكز عليه البرنامج هو الوقاية بجميع أشكالها، الكشف عن حالات الإصابة، المراقبة، التكفل بالمصابين بداء السكري، بالإضافة إلى تكوين أطباء مختصين في مجال السكري.

ونظرا للدور الذي يلعبه هذا البرنامج عموما في مختلف مراحله التطبيقية قد تم تحديد له أهداف عديدة وإستراتيجية يمكن التعرف على أهمها فيما يلي:

الهدف الأول: يتمثل الهدف الأول المسطر في البرنامج في تكوين المختصين، ويكون هذا الأخير سنويا بإعتبار أن التكوين الجامعي الكلاسيكي، وكذلك الحال بالنسبة للتكوين الذي يتم في مدارس الشبه طبي يعد تكوينا غير كافي، وبمعنى آخر لا يمكّن من إستدراك النقائص المسجلة، وعلى هذا الأساس لجأ الفاعلون في مجال الصحة إلى البحث في حلول أخرى لهذه المسألة، الأمر الذي يمكن من خلاله الرفع من مستوى العملية التكوينية، ولذلك أصبح في كل قطاع صحي يتم تكوين على سبيل المثال طبيب وإثنين من الشبه الطبي[2].

الهدف الثاني: لقد جاء الهدف الثاني للبرنامج متمثلا في الوقاية، التي يمكن توضيح مغزاها بأنها" هدف لتجنب أو تخفيض عدد الأمراض ودرجة الخطورة والحوادث".[3] وقد تكون الوقاية من داء السكري على مستويين، يسمى الأول بالوقاية الأولية التي تسبق ظهور المرض، والثاني يعني الوقاية

(1) Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Direction de la prévention, Rapport du séminaire Atelier d'élaboration du Programme national de lutte intégrée contre les maladies non transmissibles, Op.cit, P.P 47.49.
(2) Ibid, P.P 42.43.
(3) Jacqueline Gassier, Catherine Morel-Haziza, Op.cit, P 36.

الثانوية التي تمنع تطور المرض ومضاعفاته.[1] كما يمكن تحديد ثلاث مستويات للوقاية، حيث يتضمن المستوى الأول الوقاية الإبتدائية La prévention primaire، و المستوى الثاني ويشمل الوقاية الثانوية la prévention secondaire، أما المستوى الثالث فتندرج تحته الوقاية من الدرجة الثالثة La prévention tertiaire، وعلى هذا النحو يركز البرنامج لتحقيق هدفه المسطر في هذا الشأن على الوقاية الأولية التي تظهر فعاليتها قبل الإصابة بالمرض، وتطبق هذه الأخيرة على نوعين من المقاييس الوقائية، وهي الفردية والتي تظم كل من النظافة الجسمية، النشاط البدني والرياضي، التغذية والتطعيم، وكذلك المقاييس الوقائية، الجماعية والمتمثلة في جميع الأفعال والممارسات الإجتماعية المساعدة على تجنب عوامل الخطر، ومن ثم التقليل من خطورة الأعراض.[2]

وفي هذا السياق ينصح المختصين المرضى السكريين بالإبتعاد عن كل العوامل التي تساعد على ظهور الإصابة بالداء، كما هو الحال بالنسبة لتفادي كثرة تناول الأطعمة والأشربة الغنية بالسكريات وزيادة الوزن أو البدانة، الضغوطات النفسية والقلق، وفي المقابل ينبغي إتباع نمط غذائي متوازن وممارسة الرياضة وما إلى ذلك مما يقي الفرد من الإصابة بهذا الداء، وتجنب عوامل الخطر يعني في الحقيقة وقاية إبتدائية لحماية صحة الأشخاص وبالأخص لمن لهم إستعدادات للإصابة بالمرض.[3] ولعل ما جاء في مضمون البرنامج قد إشتمل على هذا النوع من الوقاية أي الوقاية الأولية، والتي يمكن من خلالها نشر الوعي الوقائي على مستوى الجامعات والمدارس ووسائل الإعلام المختلفة،مع التركيز على تبني أنماط غذائية متوازنة وتجنب مساوئ عمليات التحضر والتحديث.

أما فيما يخص النوع الثاني من الوقاية والذي يعني الوقاية الثانوية التي يتركز عليها البرنامج أي الإهتمام بمرحلة ما بعد ظهور المرض، الأمر الذي يدفع بالفاعلين في هذا المجال إلى العمل على وقف تطور المرض ومحاولة الحد من مضاعفاته الخطيرة، كما يتم التركيز على مسألة التكفل الجيد بالمرضى والمراقبة المستمرة لحالتهم الصحية.[4] ويلاحظ أن هذا المستوى من الوقاية يمثل إستمرار في تقديم عمليات العلاج المناسبة والتدخلات اللازمة مما يمنح للمرضى فرصا أكثر للإستشفاء.

الهدف الثالث: يتضمن الهدف الثالث الكشف الطبي عن حالات داء السكري وبالأخص نمط داء السكري غير الخاضع للأنسولين.[5] هذا الأخير الذي يصعب إكتشافه نظرا لإنتشاره وبقوة لدى

---

(1) OMS « le coût du diabète, Journée mondiale du Diabéte, 14 Novembre 1999 », Aid mémoire, Op.cit, P3.

(2) Jacquelin Gassier, Catherine Morel-Haziza, Op.cit, P36.

(3) OMS, « le coût du diabète, Journée mondiale du diabète, 14 Nouvembre 1999 » Aid mémoire, Op.cit P3.

(4) Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Direction de la prévention, Rapport du séminaire Atelier d'élaboration du Programme national de lutte intégrée contre les maladies non transmissibles, Op.cit, P 43 .

(5) Ibid, P 44.

الأشخاص الذين يعانون من السمنة وذوي الإستعدادات الوراثية.[1] ويمكن من خلال الكشف الطبي التنبأ بعدد حالات الإصابة بداء السكري عامة، الأمر الذي يساعد على التكفل الجيد بجميع المرضى السكريين، وبخاصة من الناحية المالية التي تساعد بدورها على التقليل من حدة الثمن المباشر الـــذي يعني الحد من مضاعفات الداء، وكذلك الحال بالنسبة للثمن غير المباشر الذي يعني الثمن المـــرتبط بالأشخاص المرضى أنفسهم وهو ثمن التخلي أو التوقف عن العمل والإصابة بالإعاقات، وهنا يؤدي الكشف المبكر لداء السكري إلى تجنب هذه المضاعفات ويرتكز الكشف على قاعدة الإنتظام، حيث يتم من 3 إلى 5 سنوات لدى الأشخاص البالغين سن 45 سنة فما فوق، أو الأشخاص الذين يعـــاني أحد والديهم من داء السكري ومن الدرجة أولى، ويتم أيضا مرة واحدة في السنة للأشخاص الذين يعانون من الضغط الدموي، الزيادة في الوزن أو السمنة، الزيادة في نسبة السكر في الدم على الريق وغيبوبة السكري، وكل الذين لديهم إستعدادا للإصابة بهذا المرض، وفي هذا الســـياق تم إعتمـــاد البرنامج بشكل كبير على وسائل وإختبار للكشف، ولوحظ أنه كلما تم الكشف عن حالات إصابة بشكل إيجابي كلما زاد الإهتمام والتكفل بها كغيرها من حالات الإصابة بالأمراض الأخرى الخطيرة مثل أمراض القلب وغيرها. ويمكن الإعتماد أيضا على مخطط في عملية التكفل بالمرضى السكريين، ومن النتائج أن نسبة السكر في الدم تكون في حدود 1.26 غ/ل على الريق بعد 8 ساعات إلى مرتين عن السابق، وتتضمن عملية الكشف الطبي عن حالات الإصابة كل من المختصين في المجال الطبي من جهة والسكان المعرضين للإصابة بالداء من جهة أخرى، وخـــلال القيـــام أو إجـــراء الكشـــف فالأخصائيون هم أكثر تسخيرا لعملية الكشف مع الأطباء العامين، ويأتي في المرتبة الثانية الممرضين والصيادلة وجمعيات المرضى التي تساهم في تشجيع الأشخاص المستهدفين للإقبال علـــى الكشـــف الطبي، الذي يمكن تطبيقه مع الأشخاص الذين يعانون من الأمراض القلبية وداء السكري، وكذلك الحال بالنسبة للأشخاص الذين يعانون من إرتفاع في نسبة الكلسترول، أو بعض الحالات للأشخاص الذين يستهلكون التبغ والتدخين وحالات الزيادة في الوزن والضغط الدموي المرتفع، ومن الضروري عند إجراء الكشف إجتياز الإختبار والمقابلة الطبية، وأيضا من الضروري أثناء الإستشـــارة الطبيـــة المطولة للكشف محاولة البحث في التاريخ العائلي أي الإصابات السابقة لأفراد العائلة، الأمر الـــذي يثمن التكفل المبكر للمرض.

الهدف الرابع: يندرج الهدف الرابع للبرنامج تحت مبدأ التربية الصحية للمرضى، لأنه ليس من السهل التكفل بالمرضى السكريين من دون التنسيق بين الكشف المبكر وتوفير التكفل الملائـــم للمـــريض، لأجل ذلك فالتوعية في الميدان الطبي تعتمد على ما هو تقليدي وما هو ثقافي، وفي الوقت الحاضـــر

(1) Marcel-Jacques chicouri, Op.cit, P 53.

إزداد الإعتماد أكثر على كل ما هو تربوي، ولعل للعناصر مثل الإتصال والمعلومات التربوية أهمية كبيرة في مجال التربية الصحية، نظرا لعدم كفاية المعرفة الطبية الأولية التي يتلقاه المريض من البيئة الإجتماعية، العائلة والوسط المعيشي هذا من جهة ، ومن جهة أخرى فإن غالبية المستخدمين في الوقت الحالي يفتقدون للتنسيق والمتابعة، الوقت اللازم لتلقين التربية الصحية، الموارد البشرية، الموارد المادية، وتقييم نشاطات الأنساق أو التنظيمات الأخرى، أما فيما يخص النتائج المرتقبة فتعود إلى مستوى تكوين الأشخاص القائمين على العناية والرعاية الأولية والمتابعة على أساس البرنامج البداغوجي الموجه للتكوين، وفي هذا الصدد يتم فرض ضوابط خاصة بالتثقيف الصحي والتربية الصحية للمرضى، منها الإلتزام والتعهد من طرف المرضى في الأشهر الأولى من المتابعة للكشف عن داء السكري، وهذا بإعتبار أن إكتساب التربية الصحية من طرف المرضى يأتي عبر المراحل المرضية.[1] ولعل ما يساعد على تلقين المرضى مبادئ التربية الصحية هو توفر الوسائل اللازمة بما فيها الوسائل السمعية البصرية التي تشمل التلفزة، الإذاعة، الهاتف والمعلومات المتوفرة لدى المصالح الخدماتية، إلى جانب الوثائق المكتوبة مثل الكتب الجرائد الإعلانات ...الخ، كما يمكن نشر التربية الصحية بالإعتماد على العلاقات الإنسانية التي تتميز بالفعالية أكثر من غيرها من الوسائل الأخرى ومن ذلك المختصين في مجال الصحة، المختصين المهنيين في مجال الإتصال بالجماهير وخاصة منهم الصحافيين، الأشخاص الذين يمارسون مسؤوليات سوسيو-ثقافية، القائمين على المؤسسات التربوية والأساتذة، منظمات الحماية والضمان الإجتماعيين والمنظمات الخاصة مثل الهلال الأحمر، الجمعيات والنوادي...الخ.[2]

ومن هنا يتضح أن التربية تعني التعاون والتقدم المستمرين، ولكن على الرغم من توفر الوسائط التي تنشر المعلومات في أي وقت للمرضى، إلا أنه يبقى من الضروري الإستعانة بالأطباء المختصين والأطباء العامين والممرضيين والمساعدين في الرعاية الطبية والصيادلة والمختصين النفسانيين والجمعيات الخاصة بالمرضى وما إلى ذلك، وهذا يعني أنه لكل فاعل في مجال الصحة له دوره في نشر التربية الصحية بين المصابين بالمرض، وفي هذه الحالة لا يبقى سوى إعداد وتهيئة الوسائل المناسبة لنشر هذه التدابير الصحية، ومن أهمها الوثائق والنصوص مثل العقود الطبية وتحضير البرامج الوطنية للتكوين الطبي والشبه الطبي وتحديد الإستراتيجية التربوية على كل المستويات كالوحدات، القطاعات الصحية والمستشفيات

(1) Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Direction de la prévention, Rapport du séminaire Atelier d'élaboration du Programme national de lutte intégrée contre les maladies non transmissibles, Op.cit, P 44.

(2) Jacqueline Gassier, Catherine Morel-Haziza, Op.cit, P 38.

الهدف الخامس: يتطرق الهدف الخامس إلى قضية التكفل بالمرضى المصابين بداء السكري، بالأخص منهم الذين يعانون من النوع الثاني غير الخاضع للأنسولين، والواقع يكشف أن التكفل بالمرضى السكريين عامة يبقى غير كافي، ويعود السبب في ذلك إلى النقص من ناحية العدد وحتى من ناحية الكفاءة المهنية، أي فيما يخص المختصين المهنيين في مجال التكفل بالمرضى، الأمر الذي يمثل حالة إستعجالية تتطلب مخطط خاص بالتكوين بالتعاون مع الأجانب، إضافة إلى إجراء رسكلة تساهم في ترقية فرق المكونين أو المؤطرين خلال مدة التربص، وفي هذا الصدد يمكن التركيز على التوجيه في مجال الوقاية الإبتدائية لمكافحة أمراض العصر، كأمراض القلب، بعض أمراض السرطان، وعليه من الأهمية بمكان نشر التربية الصحية بين أكبر عدد من السكان وبالأخص منهم المتمدرسين .

الهدف السادس : يتمثل الهدف السادس للبرنامج في التكفل بعناية القدمين، وهذا نظرا للمضاعفات الخطيرة التي يخلفها داء السكري لدى المصابين به، والتي تعد من أبرز المشكلات التي تصيب القدمين إلى جانب إضطراب الجهاز العصبي، وهذه مضاعفات باتت تعرف إنتشارا واسعا بين المرضى السكريين، وهنا تعتبر الوقاية الفعالة أمرا ضروريا لتجنب هذا النوع من إعتلالات الجسم.[1]

[1] Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Direction de la prévention, Rapport du séminaire Atelier d'élaboration du Programme national de lutte intégrée contre les maladies non transmissibles, Op.cit, P.P 44.45

خلاصة:

في ضوء المعطيات السابقة الذكر، والتي تمحورت حول واقع الأمراض المزمنة في المجتمع الجزائري تبين أن إنتشار الإصابة بهذه النوعية من الأمراض وبالأخص منها مرض الضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب لم يكن هكذا صدفة، وإنما يرجع إلى التحولات الكبرى التي عرفها المجتمع الجزائري عبر مراحله التاريخية، فالملاحظ أن الأوضاع المعيشية المتدهورة في كل مرحلة تاريخية سابقة للمجتمع شهدت وضعية إبدميولوجية أو وبائية معينة، وكانت على العموم تعكس الإنتشار الواسع للأمراض والأوبئة المتنقلة، غير أن محاولات الحد منها والقضاء عليها من طرف الفاعلين في مجال الصحة، وبخاصة في مرحلة ما بعد الإستقلال إزدادت توثقا مع التطور الحاصل في ميادين الطب العلاجية والوقائية، ومن الجدير ذكره هنا أن التأثير البارز الذي نجم عن تبني عمليات التحضر والتحديث السارية في المجتمع، والإنتقال إلى مرحلة التصنيع بسبب التغير الإجتماعي والإقتصادي، هو ما أدى في المقام الأول إلى التغير في نظام الحياة اليومي وخلق نمط حياة جديد للأفراد والجماعات، ويظهر هذا التغير بوضوح في بروز بعض العادات الغذائية السيئة والممارسات غير الصحية، بحيث تطورت نماذج إستهلاكية ذات تأثير بالغ الضرر على الصحة، وهذا إلى جانب زيادة الميل أكثر إلى الأعمال ذات الحركة الضئيلة، وكل ما يؤدي إلى توفير الراحة للفرد من وسائل تكنولوجية مختلفة، وفي المقابل تراجع النشاط الفلاحي، وهذا مع تفشي البطالة، زيادة عدم المساواة وإتساع الهوة بين الطبقات وإنكماش وإضمحلال الطبقة الوسطى وزيادة الهجرات الداخلية والخارجية والصراع الإجتماعي، وبدء ملامح الإغتراب في الظهور وحتى المقاومة المتطرفة في بعض الأحيان، وزيادة كل ما يؤدي إلى الضغوطات الإجتماعية والنفسية على الأفراد وصحتهم، ناهيك عن قلة الوعي الصحي أو تدني مستوى الثقافة الصحة الوقائية، لذلك فمن شأن هذه العوامل مع وجود عامل الإستعداد للمرض (الوراثة)، أن تساهم في تدهور الوضع الصحي وتفشي هذه الأمراض المزمنة، خاصة وأن هذه العوامل غالبا ما ترتبط بالإصابة بإحداها كما هو الحال بالنسبة للضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب، فهذه أمراض مزمنة باتت تعرف إنتشارا ملموسا في المجتمع الجزائري في هذه السنوات الأخيرة، الأمر أكدته نتائج الدراسات الإبدميولوجية التي قامت بها وزارة الصحة والسكان، المعهد الوطني للصحة العمومية، الديوان الوطني للإحصاء، وفي هذا الصدد فإن الوقوف على مسألة إنتشار هذه الأمراض والتحكم فيها، تبقى مسألة ذات أهمية كبرى لمكافحتها وعلى الأقل تجنب مضاعفاتها والتقليل من إنتشارها بين الأفراد في عصر أصبح يمثل الأرض الخصبة لها .

الفصل الخامس:

التعريف بالميدان

- تمهيد

المبحث الأول :التعريـــــف بميدان الدراسة .

المطلب الأول : مستشفى مصطفى باشا كتنظيم إجتماعي .

المطلب الثاني : التعريف بمستشـــفى مصطـــفى باشـــــا.

المطلب الثالث : التعريف بمصلحتي أمراض القلب والسكري بمستشفى مصطفى باشا .

المبحث الثاني :خصائـــص أفـــراد العينـــة .

المطلب الأول : توزيـــع أفـــراد العينـــة حسب الجنـــس .

المطلب الثاني : توزيـــع أفـــراد العينـــة حسب الســـــن .

المطلب الثالث : توزيع أفراد العينة حسب منطقة الإقامـــة .

المطلب الرابع : توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي.

المطلب الخامس : توزيع أفراد العينة حسب الحالة العائليـــة .

المطلب السادس : توزيع أفراد العينة حسب الحالـــة المهنية .

المطلب السابع : توزيع أفراد العينة حسب نوعيـــة المـــرض.

المطلب الثامن : توزيع أفراد العينة حسب مـــدة الإصابـــة .

- خلاصة

تمهيد :

إن الدراسة الميدانية تعتبر طريقة هامة من طرق جمع البيانات والمعلومات عن الواقع الإجتماعي المعيش الذي ينتمي إليه مجتمع البحث المراد دراسته، لذلك تتطلب هذه الدراسة تحديدا دقيقا وممنهجا يتماشى مع معطيات الدراسة النظرية، مما يساعد على تحليل وتفسير مختلف النتائج المتوصل إليها والوصول إلى الأهداف المحددة مسبقا، وعليه تم إعتماد هذا الفصل في إطار هذه الدراسة للتعريف بميدانها وعرض أهم الخصائص الديموغرافية والإجتماعية المرتبطة بأفراد العينة، إضافة إلى نوع المرض الذي أصابهم وبعض سلوكياتهم المرضية .

وكما أن التنظيمات الإجتماعية بصفة عامة هي فرع هام في حقل العلوم الإجتماعية، فإن المستشفى وإدارته الصحية يمثل أيضا تنظيما إجتماعيا يحدد الحاجة للخدمات الصحية ومعدلات الإنتفاع منها والتخطيط لها وتنفيذها، وتعزيز الوضع الصحي للأفراد والمجتمع يتطلب الوقوف على معرفة هذا النوع من التنظيمات الصحية الإجتماعية، التي يمكن تناول فيها مختلف العلاقات الإجتماعية للأفراد والأطباء والفاعلين الصحيين الآخرين، إذا أنها تمتاز بالشمولية التي تجمع بين الصحة وبين الجوانب السلوكية والإجتماعية والإقتصادية والبيئية، وتجعل مسؤولية الحفاظ على الصحة مسؤولية مشتركة بين الفرد والمجتمع والمؤسسات الصحية، وإعتبارا أن الصحة والمرض ظاهرتين طبيتين يتجاوزان في معناهما البعد الطبي ليشملا أبعاد أخرى ثقافية إجتماعية وسلوكية، فإنه يفيد المنظور الإجتماعي للصحة والمرض في توجيه الإهتمام نحو خصائص ومتطلبات حياة الفرد والأسرة والعمل والأنشطة الإجتماعية، وكل السلوكيات بوجه عام، وهنا يمكن الإهتمام بالكيفية التي يحدث من خلالها التداخل بين السمات والخصائص المتعددة أو إستجابات الأفراد للرعاية الصحية والتصرف اتجاهها، وبين متطلبات الحياة الإجتماعية مما يجعل المرض والصحة وكأنهما ظاهرة إجتماعية تختلف بإختلاف الطبقات والبيئات، وبإختلاف الثقافات والإنتماءات الإجتماعية، الأمر الذي يكشف عن حقيقة الصلة الوثيقة للصحة والمرض بالعوامل السوسيو-ثقافية والإقتصادية، لأن الفرد يتعرض للكثير من العوامل المادية والإجتماعية وغيرهما، والتي تؤثر في صحته بشكل مباشر أو غير مباشر وقد يكون هذا التأثير بسيطا غير ملاحظا ويبدأ بالزيادة شيئا فشيئا حتى يتحول إلى مرض شديد يحتاج بالضرورة إلى عناية وجهد وعلاج ليشفى الفرد منه وقد يصاحبه بقية حياته، ومن الممكن أن هذه الخصائص هي التي تؤدي إلى درجات من المعاناة التي تستلزم الرعاية الطبية لفترات طويلة، وقد تغطي حياة المريض كلها مثلما يحصل للمرضى المزمنين .

وإذا كان الطب قادر على أن يلعب دورا بنائي هام في المجتمع، فهو بحاجة ماسة إلى المعرفة السوسيولوجية، وذلك من أجل فهم الجوانب الإنسانية للصحة والمرض والتي يمكن فهمها عن طريق فهم طبيعة العلاقات البيئية، البيولوجية والإجتماعية، بإعتبار أن المرض يحدد وفقا للبيئة التي يتواجد بها الفرد وتحيط به، لهذا يتطلب المعرفة الشاملة لحياة المريض وطرق إنتشار الأمراض تكاملا حقيقيا بين المنظور الطبي والمنظور الإجتماعي.

المبحث الأول : التعريف بميدان الدراسة:

من المعروف أن كل دراسة ميدانية تتطلب تحديدا دقيقا لمجالها أو مكانها الجغرافي الذي تجرى فيه الأمر الذي يساعد الباحث على جمع المعلومات والبيانات المتعلقة بمجتمع البحث، وفي هذا الصدد يعتبر المستشفى المكان الأكثر تحديدا الذي يوصف بإحتواء التوزع الجغرافي للأمراض، وكذا الوجهة الهامة المخصصة للعلاج والإستشفاء، وبالتالي من الممكن جدا الإقتراب من المرضى فيه، فهو مكان هام في الدراسات الوبائية الميدانية على الإطلاق. و على هذا الأساس وفي هذه الدراسة تم إختيار مستشفى مصطفى باشا كمستشفى وطنيا يتواجد به المرضى من كل المناطق الجغرافية المكونة للمجتمع الجزائري ويترددون إليه لأجل إجراء الفحوصات وطلب العلاج والإستشفاء، وبخاصة في حالات الإستعجال والحالات المستعصية .

لذلك من الأهمية بمكان في هذا المبحث التعريف بمستشفى مصطفى باشا ومصالحه الإستشفائية وبالتحديد مصلحتي أمراض القلب والسكري.

المطلب الأول: مستشفى مصطفى باشا كتنظيم إجتماعي

لاشك أن لفهم الظواهر الإجتماعية في المجتمع يستوجب فهم التنظيم قبل كل شيء، لأن أية مجموعة من الأفراد تحكمهم ضوابط و قوانين، يرتبطون مع بعضهم البعض بأدوار منظمة، يؤثرون ويتأثرون ويشكلون ما يسمى بالتنظيم الإجتماعي، الذي ينقلون إليه أفكارهم ومعتقداتهم و عاداتهم في إطار ما يفرضه هذا التنظيم عليهم من أخلاقيات و سلوكيات معينة، والتنظيم بشكل عام يعني وحدة إنسانية إجتماعية منتظمة في شكل هرمي وفقا لمعايير محددة تضمن التعاون بين جميع أعضاءها لبلوغ أهداف معينة.[1] ومن أهم خصائص التنظيمات أنها تتميز بالتخصص و تقسيم العمل، الطابع الرسمي والطابع غير الرسمي، التعقيد البيروقراطي، تحقيق أهداف محددة.[2] و لهذه الأسباب فإن المستشفى شأنه شأن أي تنظيم يتميز بهذه الخصائص، فهو يعتبر كتنظيم إجتماعي يشغل مكانا بارزا في دراسات التنظيمات الاجتماعية.[3] إذا فهذا الإهتمام بهذا المكان البارز جاء نتيجة كثرة الموضوعات البحثية التي ترتبط بعلم الإجماع التنظيم، علم الاجتماع الطبي، علوم الطب و الصحة العامة وما إلى ذلك من التخصصات التي إهتمت بمعالجة هذا المحور.[4]

ومن هنا يبرز الدور الكبير لهذه المؤسسة المعقدة كبناء بيروقراطي يشكل تفاعلات داخلية متشابهة بين أعضائه بغرض تأدية دور إجتماعي معين، وكل عضو ينتمي إلى التنظيم الهرمي للمستشفى له دور أيضا

---

(1) Raymond Boudon et autres, Op.cit, P166.

(2) R.K.Jones, P.A.Jones, Sociology in medicine, The English universities, Press limited, London, 1975, P 178.

(3) Idid, P179 .

(4) محمد الجوهري وآخرون ،علم الاجتماع الطبي، دار المسيرة للنشر والتوزيع و الطباعة، عمان، ط1، 2009، ص25 .

في تحقيق أهداف المستشفى والتي من أهمها تحقيق الرعاية الصحية في المقام الأول.[1] وذلك لأسباب إنسانية بطبيعة الحال، وهنا يمكن القول بأن وصف المستشفى بالتنظيم الإنساني المعقد يرجع أساسا إلى كون مادته الخام هي الإنسان و إنتاجه إنساني، و عمله ينجز في أساسه بواسطة الإنسان والهدف الذي يسعى إلى تحقيقه هو خدمة الإنسان.[2] أي هدفه إنساني، ولقد أصبح المستشفى اليوم مأوى للمرضى ومؤشرا له دلالة بالغة الأهمية للصحة في المجتمع، و مجالا واسعا للبحث والدراسة، حيث تدرس فيه أسباب المرض للوقوف عليها و محاولة فهمها لأجل الأصحاء والمرضى على حد سواء، الأمر الذي يجعل أبرز واجبات المستشفى تتمثل في التشخيص المبكر للمرض، وتعميق المعرفة والبحث في عوامل إضطراب الصحة، ومن ثم العلاج السريع للمرض قبل إستفحال أثاره.[3] وعلى هذا الأساس أصبحت دراسة المؤسسات العلاجية كالمستشفى من صميم إهتمامات السوسيولوجيون، بهدف التعرف على وصف هذا التنظيم المعقد، وأيضا التعرف على العلاقات السائدة بين الفريق المعالج و المرضى و تأثيراتها على نسق الصحة.[4] وكما زاد الإهتمام أيضا بالممارسات الإدارية المتميزة لبلوغ الهدف الأساسي المتمثل في كيفية التعامل مع مشكلات المجتمع الصحية والوقائية في نفس الوقت.[5] وإنطلاقا مما سبق يمكن القول أن مستشفى مصطفى باشا كغيره من المستشفيات يمثل هيئة طبية تستهدف تقديم الرعاية الصحية للأفراد، سواء كانت الرعاية علاجية أو وقائية، وسواء كانت رعاية عامة أو رعاية متخصصة، حيث تقدم هذه الخدمات لأفراد يقيمون في المستشفى من داخل البيئة الجغرافية التابعة للقطاع الصحي أو من خارجها، وكما هو معروف فالمستشفى يقدم خدماته للجميع دون إستثناء.[6] ولقد إكتسب مستشفى مصطفى باشا هذه الصفة العلاجية أو الوقائية نظرا لتوفره على عدد من المتخصصين في مختلف فروع الطب كالأطباء والأخصائيين في شؤون العلاج أو الكشف أو التحليل أو التصوير أو الشبه الطبي، إلى جانب ذلك يمثل ميدان هاما للبحوث والدراسات الطبية والنفسية والإجتماعية، ولعل من أهم الخصائص المميزة لهذا التنظيم الإجتماعي على غرار التنظيمات الإجتماعية الأخرى، أنه يتميز بنموذج السلطة على أساس تقسيم العمل أو التمركز في مناصب معينة، وطالما كان البناء أو التنظيم الإجتماعي كالمستشفى يتضح من خلال الإستناد إلى الأنماط النظامية والوظائف، فإن المسؤوليات، الدور، المكانة وقواعد السلوك هي بمثابة نواحي هامة في هذا النوع من التنظيمات.[7] وفي سياق نسق السلطة في مستشفى مصطفى باشا يوجد هناك سلطة الهيئة الطبية، وفيها تترتب هذه الهيئة

---

(1) Janathon.S,Rakich.Ph.D,Hospital organisation and management, Spectrum publication, in New York, 1983, P18.

(2) نور الدين حاروش، المرجع السابق،ص7.

(3) علي المكاوي، المرجع السابق، ص-ص 233-234.

(4) نفس المرجع،ص235.

(5) نور الدين حاروش،المرجع السابق،ص7.

(6) عبد الحميد الشاعر، يوسف أبو الرب، رشدي قطاش، علم الإجتماع الطبي، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، ط1 ،2000 ص107.

(7) محمد علي محمد وآخرون ،المرجع السابق، ص331.

هرميا وفقا أو طبقا للتخصص ولمكانة الأطباء، الممارسين والمتخصصين، والمقيمين والدارسين، وهناك من ناحية أخرى الترتيب البيروقراطي للوظائف التي تتشكل منها الإدارة، ونتيجة لهذا الترتيب التنظيمي الخاص فإن السلطة في هذا النوع من التنظيمات الإجتماعية تختلف تماما عن السلطة الوحيدة المألوفة في تنظيمات العمل، والتي تتركز فيها قوة إتخاذ القرار في وظائف المديرين .[1] والميزة الأخرى التي يتميز بها تنظيم مستشفى مصطفى باشا تتمثل في تقسيم العمل، الأمر الذي لوحظ فيما يتعلق بالمهنة الطبية ومهنة التمريض أو الخدمات الإدارية، عمال النظافة، عمال الحراسة وغيرها من تقسيمات العمل في المستشفى، وحسب المختصين في شؤون التنظيم فان هذا التقسيم للعمل الذي يتميز بدرجة عالية من التطور، يعتبر الأساس الذي تقام عليه شبكة العلاقات الفعالة والضرورية لعمل المستشفى.[2]

ومن الجدير ذكره عن المستشفى أنه يشكل تنظيما رسميا و غير رسميا في نفس الوقت، فالتنظيم الرسمي يمكن ملاحظته من خلال جميع القواعد و اللوائح الرسمية و الإجراءات، التي تضبط وتحكم الفاعلين في المستشفى من القوى العاملة الطبية (الأطباء، الممرضين، الممرضات، الفنيين والعمال)، ويهدف التنظيم الرسمي للمستشفى إلى تحقيق أهدافه التي يسهر عليها كل من المدير العام ومجلس الإدارة، وأصحاب القرار و القائمين على تنظيم المستشفى.[3] و هذا ما يفرض تحديد الأدوار و الوظائف والتدرج الصارم للواجبات بين مجموعة عمال المستشفى، فعلى سبيل المثال الطبيب يقوم بدور تشخيص المرض، ووصف الدواء المناسب والإشراف على عمليات العلاج، والممرض أو الممرضة يقومان بتقديم المساعدة للطبيب و المرضى وإجراءات علاجهم، الفنيون والتقنيون يسهرون على إجراء التحاليل الطبية، و القيام بالأشعة والتصوير، و يبقى لعمال النظافة دور هام في السهر على نظافة المكان و محيط المستشفى.

أما بالنسبة للتنظيم غير الرسمي للمستشفى فهو يتكون نتيجة تفاعل الأفراد بشكل غير رسمي في علاقاتهم مع بعضهم البعض في محيط المستشفى، وذلك بسبب الإهتمامات غير التنظيمية المشتركة.[4] وفي هذه الحالة فإن التنظيم غير الرسمي له أهمية كبرى في الأداء الرسمي ذاته وفي حل المشكلات الصعبة، التي تواجه نسق المستشفى، وذلك بسبب طبيعة العمل التي تستوجب التعامل مع المرضى بمرونة، بإعتبار أن المعايير غير الرسمية هي التي تشكل علاقات الصداقة الناشئة بين الفاعلين في التنظيم، والتي من خلالها يمكن معرفة الكيفية التي يمارس بها أعضاء التنظيم سلوكاتهم ووظائفهم.[5]

وفي هذا الصدد قد بينت إحدى دراسات التنظيم غير الرسمي للمستشفى أشار إليها الباحث "علي المكاوي" في كتابه "علم الإجتماع الطبي"،وأكدت أن جو العلاقات المهنية السائدة بين القوى العاملة الطبية في إحدى المستشفيات، يمكن أن يحدد المستويات العامة للرعاية الطبية وفي حالة طغيان التفاعل الإيجابي بين

---

[1] نفس المرجع، ص328.

[2] نفس المرجع، ص230.

[3] علي المكاوي، المرجع السابق، ص 254.

[4] محمود خليل الشاذلي وآخرون، المرجع السابق، ص 254.

[5] علي المكاوي، المرجع السابق، ص256.

هذه العلاقات يحدث تقدم في الخدمات الصحية، الأمر الذي يؤدي إلى إرتقاء النسق السلوكي للتنظيم غيرالرسمي.[1] والواقع يكشف أن هذا العنصر الأخير من أهم العناصر التي يتوقف عليها نجاح و فعالية أية منظمة إجتماعية.

إن الغاية من إنشاء مستشفى مصطفى باشا كغيره من التنظيمات هو السعي إلى تحقيق جملة من الأهداف، من أهمها التشخيص وعلاج المرضى، الرفع من مستوى صحة الفرد في المجتمع من خلال عمليات التربية الصحية، وغرس مبادئ الوقاية الأولية والوقاية الثانوية، ومحاولة إكتشاف الأمراض قبل إستفحالها، التكوين الجامعي الطبي والشبه طبي، تقدير مستويات الصحة والمرض في المجتمع، وفي هذا الشأن ترى الباحثة "فوزية رمضان أيوب" أن المستشفى مثله مثل المنظمات الأخرى تسعى إلى تحقيق أهداف معينة ذات أهمية بالغة من ذلك علاج ورعاية المرضى، إجراء البحوث الطبية بغرض التقدم في وسائل العلاج وتطويرها، وتدريب الأطباء والممرضين وسائر العاملين في النسق الطبي، كما أن للمستشفى دور في إشعاع الثقافة الصحية في المجتمع بصفة عامة، وفي المجتمع المحلي المحيط بالمستشفى بصفة خاصة، بالإضافة إلى دوره في العمل على وقاية أبناء المجتمع من الأمراض المختلفة.[2]ومن الممكن أن تختلف المستشفيات نظرا للإختلاف الموجود في تصنيف المستشفيات حسب الحجم، حسب طبيعة الخدمات، حسب الجهة المالكة أو المشرفة، الغرض من التشغيل...الخ.[3] فإنها قد تختلف عن بعضها البعض من حيث تبني الأهداف و السعي إلى تحقيقها، فهناك مستشفيات عامة وذات أهداف واسعة مقارنة بالمستشفيات المتخصصة، ونتيجة لسعتها فإنها ترتبط أيضا بأداء وظائفها بشكل أكبر من غيرها تجاه المجتمعات التي تنتمي إليها، كما توجد المستشفيات التابعة لكليات الطب، والتي تبدو أكثر إهتماما بتحقيق الأهداف التعليمية والتدريبية من غيرها، وتبقى المستشفيات المتخصصة في علاج أمراض محددة، تهتم بشكل كبير بإجراء البحوث والدراسات المعمقة حول تلك الأمراض.[4] وفي نفس المنوال يؤكد "محمد علي محمد وآخرون" أنه توجد أهداف أخرى للمستشفى ذات مستويات دنيا وثانوية، والتي تمثل جانبا من الأهداف الأصلية ومن ذلك هدف الإستقرار الإقتصادي والمحافظة على خفض التكاليف مع تقديم الرعاية الأفضل بقدر الإمكان، بإعتبار هذا الهدف جانبا من الهدف الأكثر عمومية المتعلق بتوفير خدمات الرعاية الطبية، في نفس الوقت قد لا يكون لموضوع التكاليف أهمية في نظر الهيئة الطبية مثلما تعطى الأهمية إلى نوعية المرضى المقيمين بإعتبارهم حالات مناسبة ليدرسها طلاب الطب، وقد يرى آخرون أن محاولة تحقيق هذه المجموعة من الأهداف المترابطة والمستقلة يلقى عبئا ثقيلا على الإدارة التي تتحمل مسؤولية التنسيق بين الجهود في سبيل إنجاز الهدف، ومن ناحية أخرى أنه من الواضح أيضا أن أهمية الهدف تختلف بشكل آلي بإختلاف الدرجة

---

[1] نفس المرجع،ص256.

[2] فوزية رمضان أيوب، المرجع السابق، ص135.

[3] محمود خليل الشاذلي، المرجع السابق،ص-ص63-64 .

[4] فوزية رمضان أيوب، المرجع السابق، ص 135 .

التي يعي فيها الشخص الأهمية بهذا الهدف. [1] وهذا يعني أن أي من هذه الأهداف يعتبر هدفا بالغ الأهمية يسعى الفاعلون في المستشفى إلى تحقيقه في أي وقت، غير أن علاج المرضى و رعايتهم يبقى هدفا له إعتبارا كبيرا و له أولوية عن غيره من أهداف المستشفى لإعتبارات إنسانية.

المطلب الثاني: التعريف بمستشفى مصطفى باشا.

إن التمعن في مفهوم المستشفى كما يعرف اليوم يستوجب مراعاة مجموعة من الإعتبارات، من أهمها أن المستشفيات قد خضعت للعديد من التطورات على مر العصور، فلقد كان المستشفى حتى بداية القرن العشرين بشكل عام يمثل مكان للفقراء و المعوزين يلجئون إليه بعد تدهور حالتهم الصحية، وخاصة قبل المراحل الأخيرة من حياتهم، أما الأغنياء فكانوا يتلقون العلاج في منازلهم و قصورهم، كما كان دور الدولة ينحصر في سلطتها على المستشفيات، بحيث تقوم بالحجر الصحي لمكافحة الأمراض الوبائية في المجتمع، ومع التقدم السريع في العلوم الطبية في نهاية القرن التاسع عشر وبداية القرن العشرين بدأ التحول التدريجي في مفهوم المستشفى، فأصبح يعني ذلك المكان الذي يقصده المرضى للعلاج والإستشفاء، ومع بداية القرن العشرين تطورت المستشفيات وإنتشرت عبر مختلف المدن الكبرى، و أنشئت المراكز الطبية العامة والخاصة، فأصبحت في الوقت الراهن تقدم خدمات طبية وعلاجية ووقائية متنوعة.[2] كما أصبحت تشتمل على معظم التخصصات وتحتوي على أحدث التجهيزات و الأدوات الطبية والمخبرية، وعليه فالمفهوم الجديد للمستشفى يعني "وسط يمثل جزءا لا يتجزأ من نظام إجتماعي وصحي متكامل، من مهامه تأمين خدمات صحية شاملة للمجتمع من الناحيتين العلاجية و الوقائية(...)كما يمثل أيضا مركزا لتدريب الكوادر الصحية و لإجراء البحوث الطبية". [3]

ولابد من الإشارة هنا إلى أن البناء التصوري لموضوع الدراسة هو من فرض إجراء البحث الميداني ضمن النسق الطبي المتمثل في المستشفى، الذي يعني أيضا "منظمة ذات مكانة أساسية في المجتمع تعمل وفق أهداف محددة من أبرزها رعاية المرضى وعلاجهم، والتكفل بالأحداث والحالات الطارئة وتمثل في مقابل ذلك مجالا لتطوير البحوث الطبية و تدريب الفاعلين في النسق الصحي كل حسب تخصصه.[4] وهكذا يقوم المستشفى برعاية مرضاه من الناحية العلاجية، كما يقوم بتزويد الأطباء و الباحثين بالخبرة اللازمة لتنمية الرعاية الصحية في المجتمع.

وعلى هذا الأساس يمكن التعرض لأبرز الحقائق المعرفية المتعلقة بمستشفى مصطفى باشا كنموذج للتنظيم المتعدد الأهداف، وكما سبقت الإشارة إليه فإن التسمية التي تطلق على مستشفى مصطفى باشا تعود جذورها إلى العهد العثماني و للفترة التي حكم فيها الداي مصطفى باشا (1798-1805)، ولقد تم

---

[1] محمد علي محمد و آخرون، المرجع السابق، ص324.

[2] محمود خليل الشاذلي و آخرون، المرجع السابق، ص.ص 61.62.

[3] نفس المرجع، ص62.

[4] Elizabeth.A,Martin.M.A, Concise Médical Dictionary,with an English-Arabic Glossary ,librairie du Liban, Printed in Lebanon by typopress, Beirut, 1987, P295

إشتقاق التسمية مع وصول الفرنسيين إلى الجزائر منذ 1830، وتأسيسهم لثكنات و مستشفى داخل بساتين الداي مصطفى باشا، التي كانت تمتد من نواحي قصر الشعب إلى غاية أسفل ساحة أول ماي le champ de manœuvre، وحسب المعلومات التي وردت من إدارة المديرية العامة للمستشفى، فإنه وجدت بناية سنة 1805 لإسعاف الجرحى و المرضى الأتراك .

ولقد تحول المستشفى على يد الفرنسيين لإواء المتشردين والمرضى من العساكر وكبار السن الذين يعانون من أمراض عقلية وحتى كبار السن العاديين والمتسولين، وبالنسبة للجانب الإداري فقد بقي المستشفى تحت السلطة العسكرية الفرنسية إلى غاية 1855، ثم إقتحمه الأطباء المدنيون وفتحت أبوابه لدراسة الطب ومن أهم العيادات التي أنشأها المستعمر (بكسر الميم) هي:عيادة خاصة بالأطفال سنة 1883 Clinique pour maladies des enfants، وعيادة الجراحة Clinique chirurgicale، ومخبر Laboratoire، وإستمر المستشفى بالتوسع كلما إرتفع عدد السكان و عدد المرضى.[1]

وهكذا فإن مستشفى مصطفى باشا يتواجد حاليا ببلدية سيدي أمحمد، الدائرة الإدارية لولاية الجزائر، و تتربع هذه البلدية على مساحة تقدر بـــ3 كلم^2 أي ما يعادل 300 هكتار، وتقع هذه البلدية في شرق ولاية الجزائر، يحدها من الشمال بلدية الجزائر الوسطى ومن الجنوب بلدية بلوزداد وبلدية المدنية، ومن الشرق مناء الجزائر، ومن الغرب بلدية المرادية ، وأما عدد سكانها فقد بلغ 90499 نسمة سنة 2008، وفي نهاية 2011 تراجع عدد سكان هذه البلدية إلى 67873 نسمة، وحدث هذا بسبب إخلاء بعض التجمعات السكانية إلى خارج قطر البلدية .[2]

إن مستشفى مصطفى باشا الواقع بهذه البلدية لا يستقطب فقط مرضى هذه الأخيرة، وإنما يستقطب العديد من مرضى البلديات المجاورة، وحتى ولايات أخرى فالجميع يتردد لهذا المستشفى لأجل طلب العلاج، الفحص الطبي، العمليات الجراحية، التكفل المرضي الإستعجالي، الحالات الطارئة، و كل ما يتعلق بالرعاية الطبية.

يقع مستشفى مصطفى باشا في مساحة كلية تقدر بـــ15 هكتار أي ما يعادل 1500م^2، أما المساحة الكلية المبنية فتقدر بـــ9 هكتارات أي ما يعادل 900م^2.[3]

ولقد أصبح يسمى بالمركز الإستشفائي الجامعي مصطفى باشا ويمثل مؤسسة حكومية عامة، تخضع من حيث الوصاية الإدارية لوزارة الصحة، أما من حيث الوصاية البيداغوجية فهو تحت تكليف وزير التعليم العالي والبحث العلمي، ومن مهام هذا المستشفى أنه يقوم بتحقيق الرعاية الصحية من خلال إجراء التشخيص الطبي، العلاج، الإستشفاء و التدخلات الإستعجالية، الجراحة، تطبيق البرامج الوقائية و بالتوازي يقوم بالمشاركة في مسألة توفير المعدات الصحية والموارد البيداغوجية، يضاف إلى ذلك مهمته السهر على

[1] معلومات متحصل عليها من المديرية العامة لمستشفى مصطفى باشا، 2011/12/01.

[2] معطيات متحصل عليها من مصلحة الإحصاء بلدية سيدي أمحمد، 2011/12/05.

[3] معطيات متحصل عليها من المديرية العامة لمستشفى مصطفى باشا، ديسمبر 2011.

حماية السكان من الكوارث البيئية والمرضية عن طريق تفعيل الإجراءات الوقائية والنظافة، هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى المشاركة في تطوير البحوث الطبية بالتعاون مع الجامعة في مسائل طبية عديدة كالتكوين والتدريب، التأهيل وتحسين المستوى للفاعلين في النسق الطبي، المشاركة في تنظيم الملتقيات، النشاطات العلمية والتظاهرات الخاصة بالتكوين و البحث العلمي في مجال الطب.

إن مستشفى مصطفى باشا الجامعي يقدم خدمات طبية علاجية ووقائية لجميع أفراد المجتمع الجزائري فهو يغطي تقريبا معظم إحتياجات العلاج لجميع أفراد المجتمع الذين يترددون إليه، بإعتباره يحظى بالتصنيف الوطني و السمعة الطيبة، بسب إحتوائه على جميع التخصصات الطبية، الأخصائيين من الأطباء الجراحين ذوي الخبرة العالية.

ولقد قدرت طاقته الإستعابية Taux d'occupation moyen سنة 2009 بـــ1.98% أي ما يعادل 1711 سرير خلال 12217 يوم، و بمتوسط مدة إقامة durée.moy.séj بـــ14 يوم، أما في سنة 2010، فقد تم تقدير معدل الإشتغال بـــ47.88% أي ما يعادل 1711 سرير خلال 29888 يوم، بمتوسط مدة إقامة بـــ8 أيام، في حين وفي سنة 2011 تم تقدير معدل الإشتغال بـــ49.15% أي ما يساوي 1711 سرير لكل 306921 وبمتوسط مدة إقامة يقدر بـــ8 أيام . [1]

المطلب الثالث: التعريف بمصلحتي أمراض القلب والسكري

إن مستشفى مصطفى باشا يضم عددا هائلا من المصالح الطبية التي تغطي مختلف إحتياجات المرضى، حيث قدرت حسب المقرر الوزاري الصادر في 29 أوت 1995 بـــ40 مصلحـــة طبية موزعـــة على 168 وحدة تشخيص متخصصة.[2] ولقد إرتفع عدد المصالح الطبية و الوحدات حسب المقرر الوزاري الصادر في 6 فيفري 2008 إلى 42 مصلحة موزعة على 195 وحدة تشخيص متخصصة[3].

ومن ضمن هذه المصالح المكونة للمستشفى، قد تم إختيار مصلحتي أمراض القلب Service Cardiologie والسكريService diabétologie لإجراء الدراسة الميدانية، وللإشارة فإن مصلحة أمراض القلب تنقسم بدورها إلى جناحين هما الجناح A_1 والذي يضم مكتب الإستشارات الطبية اليومية Cosultation، وحدة الأشعة Echocardiographie dopler، جانب مخصص لمكوث المرضى (الرجال

(1) Centre Hospitalo-universitaire Mustapha Bacha, Mouvement de la population hospitalière Récapitulatif, Année 2009,2010,2011, Centre Hospitalo-Universitaire Mustafha bacha, Alger 2011, P,P 4,8,12 .

(2) Ministère de la santé, de la population ,Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique ,Arrete interministériel du portant création et/ou régularisation de services hospitalo- universitaire et de leurs unités constituves au sein de CHU d'Alger-Centre, Ministère de la santé, de la population ,Alger,1995, P6

(3) Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière , Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique, Ministère des finances, Arrete interministériel du portant création et/ou régularisation de services hospitalo-universitaire et de leurs unités constituves au sein de CHU Mustapha, Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, Alger ,2008 ,P5

والنساء) Hospitalisation، بالإضافة إلى العناية المتخصصة في علاج مشكلة لإنخفاض أو تسارع دقات القلب Rythmologie.

ويوجد الجناحA_2 والذي يقوم بنشاطات طبية إضافية أخرى مقارنة بتلك التي يقوم بها الجناح A1 ومن ذلك التدخل الجراحي Chirurgie Interventionnelle، العلاج المكثف، الإقامة القصيرة Courts séjours والإقامة الطويلة longs séjgours .[1]

أما مصلحة السكري فإنها تضم أساسا مجموعة من مكاتب الإستشارات الطبية Consultation، وجانب مخصص لمكوث المرضى السكريين (الرجال والنساء) Hospitalisation .[2]

وفيما يخص الفريق الطبي والشبه الطبي المشرف على علاج المرضى ورعايتهم الطبية في مصلحتي أمراض القلب والسكري، توضح المعطيات الواردة في هذا الشأن نهاية سنة2011، أن مصلحة أمراض القلب بجناحيها (A_2,A_1) تضم 7 أطباء برتبة بروفيسور Professeurs، و13 طبيب مساعد Maitres assistants، و4 متخصصين في الصحة العمومية Assistants، و27 طبيب مقيم Résidents، وحوالي 10من طلبة الطب Internes، الذين هم في طور التكوين الطبي، وبنفس المصلحة يوجد 43 من الفريق الشبه الطبي (ممرضين وممرضين مساعدين) يعملون بنظام المداومة بين الليل والنهار، يضاف إلى ذلك مراقبين طبيين لكل جناح، والقائمين على إستخدام مختلف الأجهزة الطبية. [3]

هذا بالنسبة لمصلحة القلب، أما مصلحة داء السكري فهي الأخرى تضم طبيبين برتبة بروفيسور Professeurs، و5 أطباء مساعدين Maitres Assistants، وطبيبين متخصيصين في الصحة العمومية Assistants، و20 طبيب مقيم Résidents، وحوالي 4 طلبة في مرحلة التكوين من كلية الطب، كما تضم مصلحة داء السكري 11 من الممرضين والمساعدين الشبه طبيين، وهذا إلى جانب مراقبين طبيين.[4]

أما بالنسبة للطاقة الإستعابية لمصلحة أمراض القلب وبالتحديد الجناح A1، فإنها قدرت سنة 2009 بـــ2.43% للمعدل المتوسط للإشتغال، أي ما يعادل 43 سرير خلال 381 يوم/سا، وبمتوسط مدة إقامة 10 أيام، ليرتفع المعدل المتوسط للإشتغال سنة 2010 إلى 85.12%، أي بتقدير 43 سرير في 13359 يوم، وبمتوسط مدة إقامة تقدر بـــ11 يوم، وكذلك الحال بالنسبة لسنة 2011، حيث سجل المعدل المتوسط للإشتغال 86.97% بتقدير 43سرير/137003 يوم، وبمتوسط إقامة 12 يوم، أما بالنسبة لجناح المصلحة A2، فقد لوحظ سنة 2009 أن المعدل المتوسط للإشتغال قد سجل 2.43%، أي ما يعادل 47 سرير لـــــ5888 يوم، وبمتوسط مدة إقامة يقدر بـــ10 أيام، وقد إرتفع المعدل سنة 2010 إلى 79.76%، أي ما يعادل 47 سرير لـــ134571 يوم بمتوسط مدة إقامة يقدر بـــ13 يوم [5].

---

(1) Ibid , P1.
(2) Ibid , P2.
(3) معطيات متحصل عليها من السكرتارية، مصلحة أمراض القلب بمستشفى مصطفى باشا، نوفمبر 2011.
(4) معطيات متحصل عليها من السكرتارية، مصلحة داء السكري بمستشفى مصطفى باشا، نوفمبر 2011.
(5) Centre Hospitalo-universitaire Mustapha Bacha, Op.cit, P,P 1,5,9 .

وفي نفس المنوال فإن المعدل المتوسط لإشتغال سنة 2011 قد تم تقديره بـــ82.86%، أي ما يقارب 47 سرير لـــ137003 يوم، وبمتوسط مكوث 10 أيام.

أما فيما يخص مصلحة داء السكري وبالنظر في الطاقة الإستعابية لهذه المصلحة فإن تقرير سنة 2009 يشير إلى أن المعدل المتوسط للإشتغال، لم يكن يتجاوز 1.89% وبتقدير 27 سرير لـ5888 يوم، وبمتوسط مدة إقامة يقدر بـ9 أيام، غير أنه إرتفع حسب تقرير سنة 2010 إلى 55.06% ما يعادل 27 سرير لـــ134571يوم،وبمتوسط مكوث يقدر بـ12 يوم، أما خلال سنة 2011 فقد تم تقدير المعدل بـ52.45% ما يقارب 27 سرير لـــ137003 يوم، وبمتوسط مكوث يقدر بـــ14يوم [1].

المبحث الثاني : خصائص أفراد العينة .

إن الإصابة بالمرض تختلف بإختلاف الأجناس وإختلاف المكان والزمان، فهي تفاعل بين عوامل عديدة داخلية وخارجية، موروثة ومكتسبة، فردية وجماعية، طبية، بيئية وإجتماعية، ومن هنا إتسع الإهتمام للعديد من الدراسات والتحقيقات الإبدميولوجية التي إكتشفت أن الأمراض المزمنة وبخاصة منها ضغط الدم، السكري وأمراض القلب في هذا العصر الحديث أصبحت تتميز بالتعقيد المتلازم لعدة خصائص ديموغرافية وإجتماعية منها النوع الإجتماعي ونوع الحالة المرضية والحالة العائلية والمنطقة الجغرافية ...الخ، وهذه جميعها خصائص تمثل المحك الرئيسي المساعد على تفسير النتائج والحقائق المتوصل إليها .

وإن التعامل مع هذه الخصائص بفاعلية وبطريقة علمية له أهمية كبرى للمعرفة السوسيولوجية حول الموضوع، بالرغم من أنه قد يختلف من بحث إلى آخر، لذلك يحتاج إلى رؤية دقيقة وقدرة على التحليل أدق على حد سواء، ومن الممكن التأكد من هذا الأمر في إطار هذا المبحث المخصص في هذه الدراسة الميدانية لعرض أهم الخصائص الديموغرافية والإجتماعية لأفراد العينة .

المطلب الأول : توزيع أفراد العينة حسب الجنس .

أضحت مسألة الإصابة بالأمراض المزمنة وبخاصة المرتبطة بالضغوط الإجتماعية والنفسية كما هو الحال بالنسبة للضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب، من حيث الإختلاف في الخطورة بين النوعين أو الجنسين مسألة مهمة، ولكن ما هو معروف عن إنتشار هذه النوعية من الأمراض، أنها تنتشر في وسط جنس الإناث أكثر مقارنة بجنس الذكور[2*] الأمر الذي يمكن توضيحه من خلال الجدول التالي :

---

[1] Ibid, P,P 1,5,9.

[*] أثبتت نتائج المسح الجزائري لصحة الأسرة سنة 2002، أن جنس الإناث أكثر عرضة للإصابة بالمرض المزمن بنسبة تقد بـــ13.1% مقارنة بالنسبة المقدرة لجنس الذكور وهي 9.7% .

جدول رقم (47) : يبين توزيع أفراد العينة حسب الجنس .

الجنـــــــــس	التكـــــــــرار	النسبـــــــــة %
ذكور	206	46.82
إناث	234	53.18
المجموع	440	100

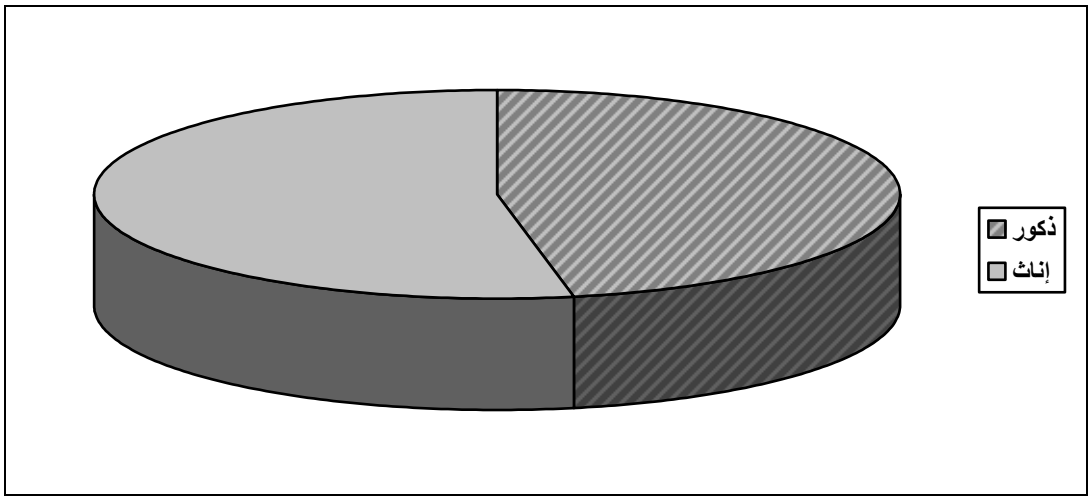
يظهر من خلال معطيات الجدول الذي يمثل توزيع أفراد العينة حسب الجنس أن المرض بدوره يتوزع بين الجنسين بشكل مختلف، إذ يلاحظ أن الجنس الأنثوي هو الأكثر عرضة للمرض المزمن مقارنة بالجنس الذكوري، فقد قدرت نسبة الإصابة للإناث بـــ53.18% مقابل نسبة الإصابة للذكور التي قدرت بـــ46.82%، والسبب في ذلك يعود إلى أن الإناث تصيبهن هذه الأمراض في مراحل مختلفة من الحياة (الحمل، الولادة، إنقطاع الطمث...)، كما يمكن أن تؤدي عوامل مختلفة مثل البدانة وقلة النشاط الجسمي وسوء التغذية إلى إصابتهن بها، ولكن السبب الرئيسي والأكثر تأثيرا حسب العديد من الدراسات يعود إلى ضغوطات الحياة التي تتعرض لها الإناث مقارنة بالذكور، فلا يخفى على أحد أن هذه النوعية من الأمراض المسماة بالسيكوسوماتية، هي في الأصل أمراض نفسية وعضوية في نفس الوقت، والتي تتأثر أكثر بالعوامل الإجتماعية والنفسية، فالملاحظ أن متاعب الحياة، الإضطرابات والإنفعالات، القلق الشديد الصدمات النفسية والإجتماعية، جميعها مؤثرات ذات صلة وثيقة بالأمراض المزمنة. وفي هذا الصدد ما يلاحظ حول الوضعية الصحية للرجل الجزائري، والمرأة الجزائرية بأنهما مرا بمراحل حياتية صعبة وتحملا أعباء ومشكلات عديدة أفرزتها الظروف السوسيو-إقتصادية والأمنية المتدهورة منذ أكثر من عقدين من الزمن، هذا إلى جانب نمط الشخصية المعروف لدى الكثير من الجزائريين المتميز بالإنفعال والغضب الشديدين حتى وإن كانت الأسباب تافهة، وهذه العوامل الخارجية والداخلية تؤثر من دون شك بشكل سلبي على الصحة النفسية والجسمية معا، الأمر الذي يظهر لدى المرأة الجزائرية أكثر من حيث الإصابة بأمراض هذا العصر كالضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب .

ومن زاوية أخرى فإن إرتباط المرأة بإزدواجية الدور وتعدد المسؤوليات المترلية والمهنية يرفع من إحتمال الإصابة لديها بهذه الأمراض، ويتعاظم الأمر أكثر لدى المرأة المتزوجة، التي عادة ما تواجه ضغوطات ومشكلات أسرية قد ترتبط بمهام الدور الإجتماعي ومسؤولياته وفقا للاعتبارات السائدة في المحيط المجتمعي الذي تمارسه فيه.

بالإضافة إلى أنه توجد إختلافات سلوكية وتمييز بين الجنسين ناجمة عن إختلاف دور كل منهما في المجتمع، وقد تنعكس هذه الإختلافات على معدلات التعرض للعوامل البيئية وحتى على نمط الحياة، كما أن

التضافر بين الفقر ونقص التعليم الذي ساد بين جيل النساء في الماضي القريب، قد رفع من وتيرة مخاطر الإصابة بهذه الأمراض، وللإيضاح أكثر يمكن رسم شكل دائري يبين الإصابة بالأمراض المزمنة لدى أفراد العينة حسب الجنس .

الشكل رقم (11) : دائرة نسبية تمثل توزيع الإصابات بالمرض المزمن لدى أفراد العينة حسب الجنس.



المطلب الثاني : توزيع أفراد العينة حسب السن

تمثل التركيبة العمرية للأفراد كمتغير ديمغرافي جزءا مهما من السبب الكامن وراء الإصابة بالأمراض المزمنة كضغط الدم، داء السكري وأمراض القلب، ويمكن أن يعزى هذا الأمر إلى عناصر التكوين البيولوجي كما يمكن أن يعزى إلى البيئة الإجتماعية، الأمر الذي يمكن تأكيده من معطيات الجدول أدناه الذي يبين ما هي الفئات العمرية التي تتعرض للإصابة بهذه النوعية من الأمراض .

جدول رقم (48) : يبين توزيع أفراد العينة حسب السن .

فئات السن الحالي بالسنوات	التكـــــــــرار	النسبـــــــة %
[19-15]	01	0.23
[24-20]	08	1.81
[29-25]	22	05
[34-30]	23	5.23
[39-35]	34	7.73
[44-40]	46	10.45
[49-45]	79	17.95
[54-50]	84	19.09
[59-55]	88	20
[60سنة فأكثر]	55	12.51
المجـــــــــموع	440	100

يتضح من بيانات هذا الجدول أن فئة السن الغالبة لأفراد العينة المصابين بمرض الضغط الدموي داء السكري وأمراض القلب هي فئة [55-59[سنة ممثلة بنسبة تقدر بـــ20%، ويدعم هذه الفئة العمرية فئتين معتبرتين وهما: فئة [50-54[سنة ممثلة بنسبة 19.09%، وفئة [45-49[سنة ممثلة بنسبة تقدر بـــ17.95% .

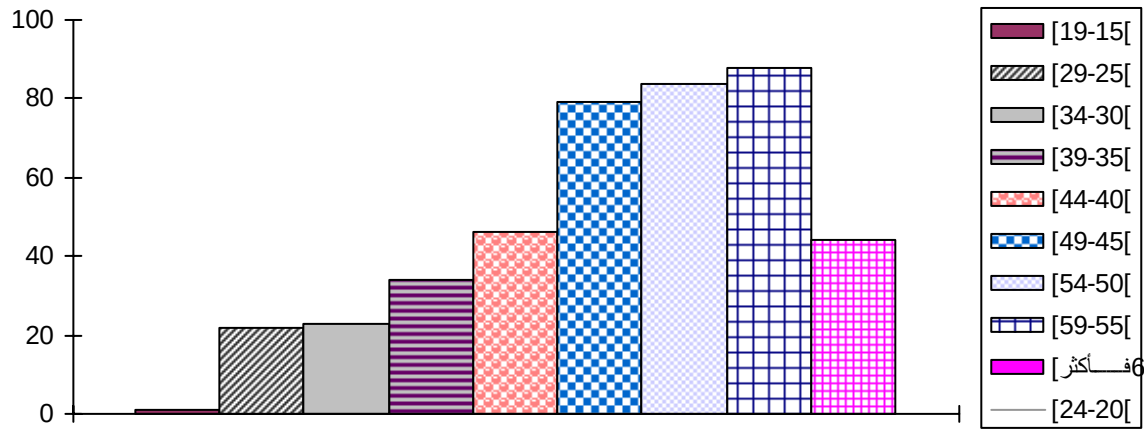
وهنا يلاحظ أن هذه الفئات العمرية الثلاث البارزة جاءت تخص متوسطي العمر والمسنين، ولوحدها مثلت أكثر من النصف بالنسبة للمجموع الكلي من النسب المئوية المسجلة لجميع فئات أفراد العينة، أي ما يعادل نسبة 57.04%، أما بالنسبة للفئات العمرية المتبقية ونسبها فإنها جاءت موزعة بشكل متفاوت، منها فئة مدعمة للمسنين المصابين بهذه الأمراض، أي فئة[60سنة فأكثر[ممثلة بنسبة تقدر بـــ12.51%، وفئات أخرى مدعمة لمتوسطي السن، تعلوها فئة [40-44[سنة ممثلة بنسبة تقدر بـــ10.45%، تليها فئة [35-39[سنة ممثلة بنسبة تقدر بـــ7.73%، في حين توجد فئتين متقاربتين وهما فئة [30-34[سنة وفئة [25-29[سنة ممثلتين بالنسبتين التاليتين : 5.23% و 5%.

وهذه الفئات العمرية ونسبها المسجلة والمدعمة للمصابين بهذه الأمراض من متوسطي العمر وحتى في سن الشباب، تمثل مؤشر هام يشير إلى أن هذه النوعية من الأمراض المزمنة أخذت في الإنتشار بين فئات الشباب وصغار السن، وأخيرا وجدت فئتين عمريتين تخص أفراد العينة الأقل من 25 سنة وهما فئة [20-24[سنة وفئة [15-19[ممثلتين بالنسبتين التاليتين 1.81% و 0.23% .

وعلى العموم من خلال ما لوحظ حول الأرقام السالفة الذكر، يمكن إستنتاج أن السن الحالي للمصابين من المبحوثين، قد تمركز في فئات السن المتوسطة والمسنة، وهذا يعني أنها تمثل الفئات الأكثر عرضة للإصابة بمرض الضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب، ويمكن تفسير هذا التفاوت في النسب المسجلة نتيجة لتفاعل عدد معتبر من العوامل من أهمها ما يتعلق بالمنظورين البيولوجي والسوسيولوجي، ومما لا شك فيه أن التفسير البيولوجي لتقدم الفرد في العمر والجسم يزيد شيئا فشيئا من إحتمال الإصابة بهذه الأمراض المزمنة بين فئات السن المتوسطة وفئة المسنين، الأمر الذي يظهر من خلال تناقص فاعلية الجسم وإستهلاك أعضائه مع مرور السنين بشكل سلبي، حيث تبدأ في العجز عن تأدية وظائفها، كما تتراجع أغشية وخلايا الجسم أيضا وتفقد مرونتها، أو بالأحرى تتناقص تدريجيا جميع قدرات أجهزة الجسم عما كانت عليه هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى فهذه الشريحة من المجتمع قد تكتسب قدرا من المناعة نظرا لطول مدة التعرض للأمراض المختلفة، وبخاصة الأمراض المعدية، هذا مقارنة بفئة الشباب التي لا تتعرض بشكل كبير لهذه الأمراض. أما فيما يخص التفسير السوسيولوجي فإن تعرض هذه الشريحة من متوسطي السن والمسنين في المجتمع للإصابة أكثر بهذه النوعية من الأمراض، يرجع إلى أسباب وعوامل عدة من ذلك مختلف المشكلات الأسرية والضغوط الإجتماعية والحياتية المؤثرة، إلى جانب المشكلات السيكولوجية الناتجة عن الإنطواء والعزلة الإجتماعية والإستثناء المجتمعي، وكل ما يؤدي إلى تدهور حالتهم الصحية التي تطلب عناية طبية تتميز بنوع من الخصوصية هذا من جهة، ومن جهة أخرى تتطلب أعباء مادية وإقتصادية يدفع

ثمنها المجتمع بفقدانه لهذه الطاقات الإنسانية، بإعتبار أن العمر هو بعد إجتماعي تنظيمي، ولأن تقسيم دورة الحياة يشكل جزءا كبيرا من المسألة الصحية التي تحدد معرفة الأدوار والمسؤوليات الإجتماعية داخل المجتمع، ومما يؤكد ما سبقت الإشارة إليه حول الفئات العمرية التي تتعرض أكثر للإصابة بهذه الأمراض هو قياس المتوسط الحسابي لجميع فئات أعمار أفراد العينة والذي تم تقديره بـــ48.22 سنة.

شكل رقم (12):مدرج تكراري يمثل التوزيع الخاص بإصابات المرض المزمن لدى أفراد العينة حسب السن



المطلب الثالث : توزيع أفراد العينة حسب منطقة الإقامة .

إن الإصابة بالمرض المزمن تختلف من منطقة جغرافية إلى أخرى غير أنها تنتشر أكثر في الحضر مقارنة بالريف[1].* وخاصة لما يتعلق الأمر بالمرض المزمن الذي يرتبط بإنفعالات وإضطرابات النفس والبدن معا، الناجمة عادة عن ضغوط المدينة، وهذه مشكلات قد تساهم في الإصابة بمرض ضغط الدم، الداء السكري وأمراض القلب، ويمكن التوضيح أكثر من خلال بيانات الجدول التالي :

جدول رقم (49) : يبين توزيع أفراد العينة حسب منطقة الإقامة .

منطقـــة الإقامـــــة	التكـــــــــرار	النسبـــــــــة %
حضرية	237	53.86
شبه حضرية	141	32.05
ريفية	62	14.09
المجمـــــــــوع	440	100

* توصلت نتائج المسح الجزائري لصحة الأسرة سنة 2002، فيما يخص المنطقة الجغرافية والإصابة بالمرض المزمن أن أفراد العينة الذين يقيمون في الوسط الحضري سجلوا نسبة أعلى تقدر بـــ12.1% مقارنة بنسبة 10.4% المسجلة للذين يقيمون بالوسط الريفي، وللتوضيح أكثر أنظر الفصل الرابع عنصر أهم الأمراض المزمنة المنتشرة في المجتمع الجزائري.

يظهر من خلال بيانات هذا الجدول الذي يمثل توزيع أفراد العينة حسب منطقة الإقامة، أن أكثر من نصفهم كمرضى مزمنين يسكنون المنطقة الحضرية، حيث قدرت نسبتهم بـــ53.86%، مقارنة بنسبة قدرت بـــ32.05% للذين يسكنون في المنطقة الشبه حضرية، وتبقى نسبة قدرت بـــ14.09% للذين يسكنون في منطقة ريفية .

إن هذه البيانات تؤكد مدى أهمية وتأثير عامل المنطقة أو الوسط الذي يعيش فيه الفرد في إصابته بالمرض المزمن، كما هو الحال بالنسبة لمرض الضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب، وإن زيادة حجم مشكلة الإصابة بهذه الأمراض المزمنة في الحضر عن الريف يعكس حتما مدى إنتشار عوامل الإختطار التي تزيد بدورها من إحتمال التعرض أكثر لهذه النوعية من الأمراض .

وتعتبر مشكلات البيئة الإجتماعية الحضرية من ضغوطات وإزدحام وأنشطة محدودة الحركة أحد أبرز هذه العوامل، التي صار يتصف بها سكان الحضر دون غيرهم من الريفيين الذين يتمتعون نوعا ما بهامش من الحرية في التنقل وممارسة النشاطات الحيوية.

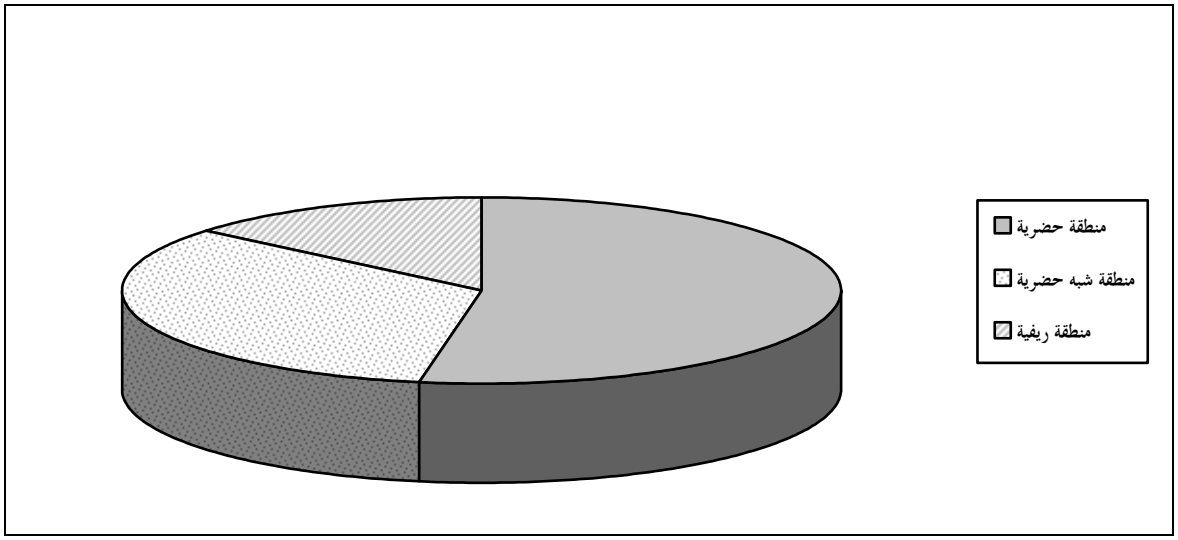
وبما أن محور أية بيئة إجتماعية هو علاقة الفرد بباقي أفراد المجتمع الذي يعيش فيه، فإن ما يلاحظ على البيئية الحضرية وحتى الشبه حضرية في المجتمع الجزائري باتت تتميز بظاهرة الإزدحام والكثافة السكانية العالية ونقص التهيئة العمرانية، وفي مقابل ذلك يلاحظ إرتفاع محسوس في معدلات الهجرة من الريف إلى المدن، والتي كان من ورائها عامل اللأمن الذي عرفه المجتمع خلال سنوات التسعينيات، الأمر الذي أثر سلبا على صحة الأفراد من حيث عدم كفاية المساكن لحاجات ومتطلبات الأسر المتزايدة، وما فيها من إمدادات كعدد الغرف والمساحة غير الكافية لكل فرد في الأسرة، وما يترتب عن ذلك من تراكم للضغوطات اليومية، وبالطبع فإن هذه الظاهرة تساهم في تأزم الوضع الصحي للأفراد، بإعتبارها تتنافى مع ما يحتاجه الإنسان في جميع مناحي حياته وفي كل مكان وزمان، سواء كان في المسكن أو الشارع أو مكان العمل وفي أي مكان آخر، فهو بحاجة إلى سلامة وصحة البيئة التي يعيش فيها حتى يقي نفسه من الضغوط الإجتماعية والنفسية، التي ترفع من فرصة الإصابة بهذه الأمراض، وتشير الدراسات في هذا المجال إلى أن عمليات التحضر السارية حاليا والآثار الناجمة عنها تؤدي إلى نتائج صحية جانبية ومن ذلك زيادة التوتر العصبي بسبب ضوضاء المرور وغيرها، وهذا التوتر يعتبر من عوامل الخطر المسببة مثلا في الإصابة بمرض القلب التاجي. [1]

هذا من ناحية ومن ناحية أخرى فإن التغير في نمط الحياة في المناطق الحضرية أدى إلى ظهور عوامل إختطار أخرى مست بالدرجة الأولى مجال التغذية، حيث حدث تغير في العادات والسلوك الغذائي المؤدي إلى إنتشار ظاهرة السمنة، وهذا نتيجة إستهلاك المواد الغذائية المسمنة والمتوفرة بقوة في أماكن عديدة من

[1] محمود خليل الشاذلي وآخرون، المرجع السابق، ص 661.

المدينة وقد ساهم هذا التغير في ظهور إضطرابات صحية، فالوجبات الغنية بالدسم مثلا لها علاقة بإرتفاع ضغط الدم ومرض القلب التاجـــــي والسكري.[1]

شكل رقم (13) : دائرة نسبية تمثل توزيع أفراد العينة المرضى حسب منطقة الإقامة .



المطلب الرابع : توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي .

يعتبر متغير المستوى التعليمي من المتغيرات الأساسية المرتبطة بالبيئة الإجتماعية المؤثرة في مجال الصحة والمرض المزمن، لذلك أصبح أمرا متزايد الأهمية يهدف إلى معرفة الدور الذي يلعبه في الإصابة بمرض الضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب، والجدول الآتي يوضح توزيع الإصابات بهذه النوعية من الأمراض لأفراد العينة حسب المستوى التعليمي .

جدول رقم (50) : يمثل توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي.

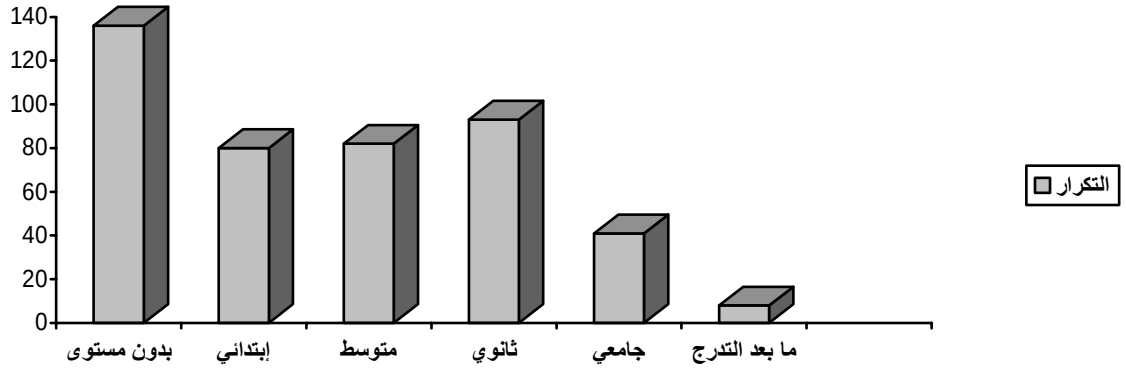
المستـــوى التعليمـــــي	التكـــــــــرار	النسبـــــــة %
بدون مستوى	136	30.91
إبتدائي	80	18.18
متوسط	82	18.63
ثانوي	93	21.14
جامعي	41	9.32
ما بعد التدرج	08	1.82
المجمـــــــــــوع	440	100

[1] نفس المرجع ، ص 661

تبين نتائج هذه الدراسة أن أعلى نسبة تقدر بـــ30.91% قد عادت للمبحوثين بدون مستوى تعليمي، تليها نسبة تقدر بـــ21.14% لذوي المستوى التعليمي الثانوي، ثم تأتي نسبتان متقاربتان ومعتبرتان أيضا، تقدر الأولى بـــ18.63% هي لذوي المستوى التعليمي المتوسط، وتقدر الثانية بـــ18.18% وهي لذوي المستوى التعليمي الإبتدائي، وأخيرا تم تسجيل نسبتين ضعيفتين مقارنة بالسالفة الذكر تقدر الأولى بـــ9.32% للجامعيين، وتقدر الثانية بـــ1.82 هي لما بعد التدرج .

وهنا يمكن ملاحظة أن النسب المسجلة لذوي المستويات التعليمية الدنيا قد تجاوزت نصف مجموع النسب المؤية الكلية، وهذا دليل كافي للقول بأن هذه الشريحة من المجتمع هي الأكثر عرضة للإصابة بمرض الضغط الدموي داء السكري وأمراض القلب، كما يمكن القول بأن هناك علاقة وثيقة موجودة بين المستوى التعليمي للأفراد وإصابتهم بهذه الأمراض، أو بالأحرى كلما تدنى المستوى التعليمي كلما زادت نسبة الإصابة بهذه الأمراض، وعليه يتضح أن الأفراد ذوي المستويات التعليمية الدنيا هم أقل ثقافة صحية، وأقل إدراكا أو وعيا بمخاطر هذه الأمراض، على الرغم مما يسمع عن مضاعفاتها وإنتشارها يوما بعد يوم، وهذا الأمر يجعلهم أقل حرصا على تطبيق السبل الوقائية اللازمة، وإتخاذ الإحتياطات الصحية التي تمكنهم من التصدي لهذه الأمراض، سواء تعلق الأمر بصحة البيئة، صحة التغذية، صحة الأسرة ...الخ، هذا بإعتبار أن عامل المستوى التعليمي يتفاعل مع عوامل مختلفة تلعب هي الأخرى أدوارا تتداخل معه من دون شك في جوانب عديدة وتساهم في الإصابة بأمراض هذا العصر المزمنة كالضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب .

شكل رقم (14) : أعمدة بيانية تمثل توزيع أفراد العينة كمرضى مزمنين حسب المستوى التعليمي.



المطلب الخامس : توزيع أفراد العينة حسب الحالة العائلية

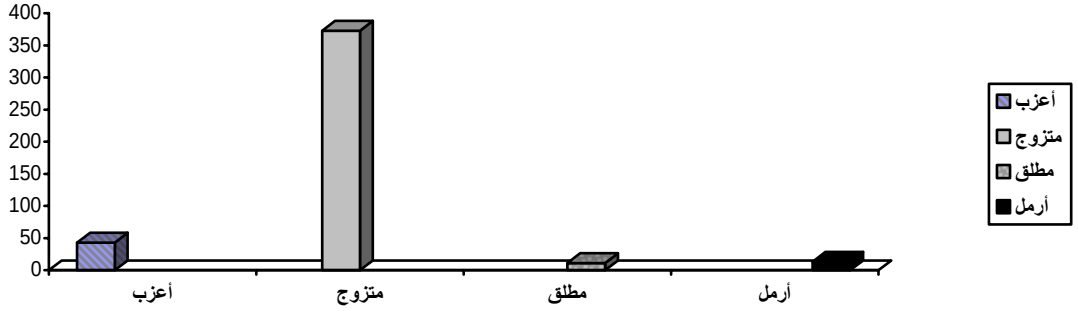
إن الحالة العائلية للأفراد يمكن أن تتأثر وتؤثر في صحتهم، كما تلعب دورا هاما في أسباب المرض السيكوسوماتي، لذلك من المهم معرفة الفرق في الحالة العائلية بين توزيع إصابات أفراد العينة بمرض الضغط الدموي، السكري وأمراض القلب، الأمر الذي يتضح في ظل معطيات الجدول الآتي :

جدول رقم (51) : يبين توزيع أفراد العينة حسب الحالة العائلية .

الحـــــالة العائليـــــة	التكـــــــــرار	النسبـــــــــة %
أعـــــــــزب	43	09.77
متـــــــــزوج	373	84.77
مطلـــــــــق	11	02.51
أرمـــــــــل	13	2.95
المجمـــــــــــوع	440	100

يتبين من خلال التمعن في إحصائيات هذا الجدول أن الحالة العائلية لأفراد العينة من فئة المتزوجين هي الأكثر عرضة للإصابة بمرض الضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب وبنسبة تقدر بـــ84.77%، تليها فئة العزاب بنسبة تقدر بـــ09.77%، في حين تم تسجيل لفئتي الأرامل والمطلقين نسبتين متقاربتين تقدران على التوالي بـــ02.95% و02.51%، ومن وجهة النظر السوسيولوجية يمكن إرجاع النسبة العالية والبارزة التي سجلت للإصابات حسب الحالة العائلية لشريحة المتزوجين مقارنة بالنسب المسجلة للحالات الأخرى، إلى أن المتزوجين هم الذين عادة يتحملون متاعب الحياة الزوجية وأعبائها كاملة، كما يتحملون المسؤوليات الإجتماعية ويلتزمون بها ويتقيدون بأدوارهم كآباء أو أمهات تجاه عائلاتهم، مما يجعلهم أمام مواجهة مواقف الحياة الإجتماعية الصعبة، ويزداد الأمر تعقيد بوجود الأبناء، فالمشكلات اليومية التي تحيط بالأزواج تعرضهم أكثر من غيرهم إلى الضغوط والإضطرابات النفسية، وقد تضعف قدرتهم على تحمل متاعب الحياة العائلية، الأمر الذي يؤدي بدوره أيضا إلى ضعف تحمل الآلام وحتى عدم الإفصاح عنها أحيانا، وهذا الكم المتراكم من المشكلات يساهم في تدهور صحتهم أو يزيد من تأزم حالتهم الصحية وإصابتهم بهذه النوعية من الأمراض المزمنة .

شكل رقم (15):أعمدة بيانية تمثل توزيع إصابات المرض المزمن بين أفراد العينة حسب الحالة العائلية.



المطلب السادس : توزيع أفراد العينة حسب الحالة المهنية

من خلال الكشف عن الحالة المهنية التي يشغلها الفرد في المجتمع، يمكن التعرف على مؤشرات عديدة حول حجم مشكلة الإصابة بالضغط الدموي، داء السكري، وأمراض القلب، الأمر الذي يمكن من تقويم مدى مساهمة الحالة المهنية كعامل في إصابة أفراد العينة بهذه الأمراض أو بالأحرى ما هي الحالة المهنية التي تصاحبهم أكثر كمرضى المزمنين .

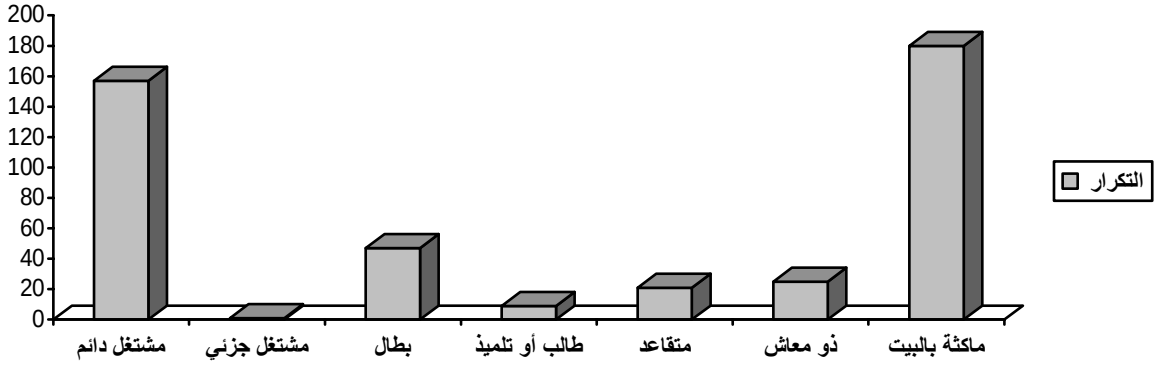
جدول رقم (52) : يبين توزيع أفراد العينة حسب الحالة المهنية .

الحـــــالة المهنية	التكـــــــــرار	النسبـــــــــة %
مشتغل دائم	157	35.68
مشتغل جزئي	09	2.05
بطال	47	10.68
طالب أو تلميذ	01	0.23
متقاعد	21	4.77
ذو معاش	25	5.68
ماكثة بالبيت كحالة أخرى	180	40.91
المجمـــــــــــوع	440	100

من خلال بيانات هذا الجدول الذي يمثل توزيع أفراد العينة حسب الحالة المهنية، تبين أن أعلى نسبة قدرت بـــ40.91% سجلت لحالة النساء الماكثات بالبيت، تليها حالة المشتغلين الدائمين بنسبة تقدر بـــ35.68%، ثم جاءت حالة البطالين بنسبة تقدر بـــ10.68%، وبالمقارنة البسيطة تبدوا النسب المتبقية ضعيفة، تعلوها حالة ذو معاش بنسبة تقدر بـــ5.68%، تليها حالة متقاعد تقدر بـــ4.77%، ثم تأتي حالة مشتغل جزئي بنسبة تقدر بـــ2.05% وأخيرا حالة الطالب أو التلميذ بنسبة تقدر بـــ0.23% .

ومما سبق ذكره يمكن ملاحظة أن حجم مشكلة الإصابة بضغط الدم، داء السكري وأمراض القلب يزداد في حالات مهنية دون أخرى، وتعتبر حالة النساء الماكثات في البيت الأكثر تعرضا للإصابة بهذه الأمراض، ويرجع السبب في ذلك إلى أن المرأة في المترل تعيش كل الأحداث والمشكلات الأسرية الصعبة ومع جميع الأعضاء المحيطين بها، الأمر الذي يتجاوز طبيعتها كأنثى، التي لا تقوى على تحمل الضغوط والآلام أحيانا المؤثرة بشكل أو بآخر في صحتها النفسية والجسمية، ولعل المشتغلين الدائمين وبخاصة منهم الذين يشتغلون في ظروف غير ملائمة لصحتهم أو يتحملون مسؤوليات إجتماعية مهنية أكبر، كما هو الحال بالنسبة للموظفين الحكوميين حسب تصريح عدد من المبحوثين، عادة ما يتعرضون لضغوط البيئة الإجتماعية والمهنية تفوق طاقتهم الصحية وتعرضهم أكثر للمرض المزمن .

شكل رقم (16): أعمدة بيانية تمثل إصابات المرض المزمن الخاصة بأفراد العينة حسب الحالة المهنية .



المطلب السابع : توزيع أفراد العينة حسب مدة الإصابة بالمرض المزمن .

إن إطار الزمن من الأطر الهامة في تحديد المؤشرات والقياسات الوبائية، حيث تؤثر مدة الإصابة بالمرض على إستجابة المريض للمرض وإدراكه له، كما أن للإطار المرجعي المكون من خلال معرفة المجال الزماني لوقوع المرض العديد من المؤشرات، فإستجابة الفرد للألم عادة تؤثر وتتأثر بمراحل حياته المختلفة وبالأحداث والوقائع الأليمة والعارضة ومختلف الصدمات الإجتماعية والنفسية ...الخ، التي يتعرض لها في الحياة اليومية، ومن هذا المنطلق يمكن حصر حدود ظروف البيئة السوسيو-إقتصادية والأمنية والثقافية والسيكولوجية التي تؤثر في الإستجابة للمرض المزمن، ويحدث هذا الأمر في مدة قد تقصر أو تطول، بإعتبار أن الكثير من عوامل ومسببات الإصابة بالأمراض المزمنة كالضغط الدموي،السكري وأمراض القلب، تعمل عملها بشكل مباشر أو غير مباشر بصورة آنية لحظية أو مع مرور الزمن حسب درجة الألم، وللتوضيح أكثر يمكن تشكيل الجدول الآتي الذي يحدد مجال توزيع أفراد العينة حسب مدة الإصابة بالمرض المزمن .

جدول رقم (53) : يبين توزيع أفراد العينة حسب مدة الإصابة بالمرض المزمن .

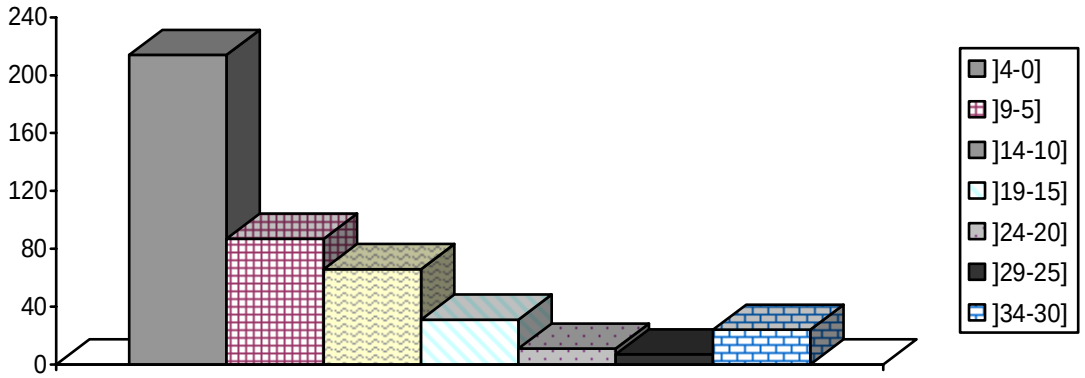
مدة الإصابة بالمرض المزمن بالسنوات	التكـــــــــرار	النسبـــــــة %
]4-0[	214	48.64
]9-5[	87	19.77
]14-10[	66	15
]19-15[	31	7.05
]24-20[	11	2.5
]29-25[	07	1.59
]34-30[	24	5.45
المجمـــــــــوع	440	100

يلاحظ من خلال قراءة معطيات هذا الجدول أن أطول مدة لإصابة المبحوثين بالمرض المزمن سجلت لدى فئة أقل من 4 سنوات بنسبة تقدر بـــ48.64%، ثم تأتي فئتان معتبرتان تمثلان المبحوثين الذين عانوا لمدة معتبرة أيضا من الإصابة بالمرض المزمن، وهما فئة [5-9[سنة بنسبة تقدر بـــ19.77%، وفئة [10-14[سنة بنسبة تقدر بـــ15%، ويدعم هاتين الفئتين الممثلتين لجزء كبير أيضا من مدد إصابة المبحوثين بالمرض، فئة أخرى وهي فئة [15-19[سنة بنسبة تقدر بـــ7.05%، وتأتي الفئات المتبقية والتي تبدوا ضعيفة النسب تعلوها فئة المصابين لمدة [30-34[سنة بنسبة تقدر بـــ05.45%، تليها فئة [20-24[سنة بنسبة تقدر بـــ02.5%، وأخيرا تأتي فئة [25-29[سنة بنسبة تقدر بـــ1.59%.

وعلى أساس هذه النتائج السابقة أي المدد المسجلة لمعاناة المرضى من الإصابة بالمرض المزمن، وبربط هذه الأخيرة بالعامل الزمني والسياق السوسيو-تاريخي، يمكن القول أن معظم مدد الإصابات حدثت في العقدين الأخرين من الزمن أي خلال سنوات التسعينيات والألفينيات، فهي تمثل مؤشر قوي على أن إنحصار إصابة المبحوثين في هذه المدد وبهذه الأمراض السيكوسوماتية كما هي معروفة، وذات التأثر الكبير بكل ما يصيب الحالة النفسية والجسدية من سوء، تمثل نتاج لما أفرزته الظروف الأمنية والمعيشية الصعبة للغاية التي مر بها المجتمع الجزائري، وبوجه الخصوص في سنوات التسعينيات التي تركت آثارا وصدمات نفسية وإجتماعية بالغة في تاريخ حياة من عايشها .

هذا من جهة ومن جهة أخرى تشير مدد الإصابة بالمرض المزمن هذه إلى توجه المجتمع الجزائري نحو نمط الحياة العصرية، والإنفتاح الذي عرفه من خلال عمليات البناء الإجتماعي والثقافي والإقتصادي، ومحاولته التكيف مع النموذج الإستهلاكي العالمي الجديد في عدة مجالات، مما أثر سلبا على النمط المعيشي للأفراد، وأحدث تغير في مسألة التغذية، ورفع من معدلات التحضر وما إلى ذلك مما شكل سببا لهذه الأمراض. ولمعرفة أكثر ما هي المدد الأكثر طولا لمعاناة المرضى من إصابتهم بالمرض تم توظيف المتوسط الحسابي الذي أكد أيضا أن متوسط مدد الإصابة قدر بـــ8.07 سنة .

شكل رقم (17):مدرج تكراري يمثل التوزيع الخاص بإصابات المرض المزمن لدى أفراد العينة حسب مدتها.



المطلب الثامن : توزيع أفراد العينة حسب نوعية المرض المزمن .

إن الأمراض المزمنة متعددة ومختلفة، ولكنها في الوقت نفسه تشكل مجموعة لها خصائص مشتركة، ولعل من أهم خصائصها أنها تؤدي إلى تأثير المرض المزمن الواحد في الإصابة بأمراض مزمنة أخرى، أي بإمكانية هذه الأمراض أن تسحب بعضها البعض، كما يحدث مع مرض الضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب، وهذا ما يتضح أكثر من خلال توزيع إصابات هذه النوعية من الأمراض على أفراد العينة ضمن معطيات الجدول التالي :

جدول رقم (54) : يبين توزيع أفراد العينة حسب نوعية المرض المزمن .

نوع المرض المزمن	التكـــــــــرار	النسبـــــــة %
مرض إرتفاع الضغط الدموي	108	24.54
مرض السكري	100	22.73
أمراض القلب	109	24.77
مرض إرتفاع الضغط الدموي ومرض السكري	55	12.51
مرض إرتفاع الضغط الدموي وأمراض القلب	24	5.45
مرض السكري وأمراض القلب	08	1.82
مرض إرتفاع الضغط الدموي ومرض السكري وأمراض القلب	36	8.18
المجمـــــــــــوع	440	100

يظهر من معطيات هذا الجدول الذي يوضح توزيع نوعية الإصابات المرضية بين المبحوثين، أن المصابين منهم بالضغط الدموي وأمراض القلب قد سجلوا نسبتين عاليتين ومتقاربتين جدا، تقدر الأولى بـــ24.77% للذين يعانون من أمراض القلب، وتقدر الثانية بـــ24.54% للذين يعانون من الضغط الدموي، تليهما نسبة معتبرة تقدر بـــ22.73% للذين يعانون من داء السكري، في حين سجل المصابين الذين يعانون من الضغط الدموي، داء السكري معا نسبة لا تقل أهمية تقدر بـــ12.51%، ثم سجل المصابين الذين يعانون من الضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب نسبة تقدر بـــ8.18% ، أما المصابين الذين يعانون من الضغط الدموي وأمراض القلب معا، فقد سجلوا نسبة تقدر بـــ5.45%، وأخيرا سجل المصابين الذين يعانون من السكري وأمراض القلب معا نسبة تقدر بـــ1.82% .

إنه بغض النظر عن طغيان الإصابات المنفردة بأمراض القلب والضغط الدموي والسكري بين المبحوثين، إلا أنها في المقابل ظهرت هذه الأمراض الثلاث مجتمعة في حالات مرضية مختلفة، وهذا مؤشر قوي من المنظورين الطبي والسوسيولوجي، على أن مثل هذه الأمراض المزمنة تؤثر وتتأثر ببعضها البعض، غير أنه في كثير من الحالات المرضية يشكل الضغط الدموي وداء السكري عاملي خطر هامين خصوصا بالنسبة للإصابة بأمراض القلب، وفي هذا السياق يمكن لضغط الدم المرتفع وغير المنتظم أن يرفع بدوره من

معدل الخطورة للأزمات القلبية، كما أنه يبلغ خطر الإصابة بمرض القلب التاجي لدى المصابين بداء السكري ضعفي أو ثلاث أضعاف لدى غير المصابين بهذا الداء.[1] ومن هنا يظهر في حالات كثير أن الضغط الدموي المرتفع لدى الكثير من المرضى، يشكل إحدى العلامات الدالة على وجود إختلال شامل في أجهزة الجسم المختصة في عملية الإستقلاب الغذائي وتجلط الدم، كما يظهر أيضا أن حدوث زيادة في إفراز هرمون الأنسولين عن البنكرياس تتبعها زيادة في الوزن مع تجمع الشحوم في جدار البطن، وفيما بين الأمعاء وميل سكر الدم والدهون الثلاثية إلى الإرتفاع، وزيادة قابلية الدم للتجلط مع تضخم عضلة القلب.[2]

وهذا يتوافق مع النظريات الحديثة في هذا المجال التي تقول أن المرضى السكريين يعانون من مشكلة تسمى مقاومة الأنسولين، والتي تعني أن خلايا الجسم لا تستجيب ولا تتأثر بالأنسولين كما يجب، وكأنها تقاوم هذه الإستجابة وهذا التأثير، الأمر الذي يدفع بالبنكرياس إلى ضخ كميات أكثر من الأنسولين إلى الدورة الدموية، وهنا بدأ العلماء يقومون بجمع الحقائق حول موضوع مقاومة الأنسولين، فتوصلوا إلى أن مرضى الضغط الدموي ومرضى زيادة دهنيات الدم أيضا يعانون من مقاومة الأنسولين، وهؤلاء جميعهم معرضون أكثر من غيرهم بكثير للإصابة بأمراض القلب وبالأساس مرض الشرايين التاجية.[3]

ويشير عدد كبير من الدراسات الميدانية والإكلينيكية، إلى أنه كذلك الحال بالنسبة للمريض الذي يعاني من الضغط الدموي المرتفع يتعرض أكثر للإصابة بداء السكري، هذا الأمر قد أشارت إليه نتائج دراسة المشروع القومي المصري لإرتفاع ضغط الدم، حيث أظهرت أن معدل المرضى المصابين بالسكري من الذكور والذين كانوا يعانون من الضغط الدموي المرتفع، قد وصل المعدل لديهم 09.7% مقابل معدل قدر بـــ03.1% للمصابين من الذكور بالسكري ولديهم الضغط الدموي في شكله الطبيعي، وبالمقارنة قد بلغ بين الإناث المصابات بالضغط الدموي المرتفع إلى 11.30%، مقابل معدل قدر بـــ05.7% بين الإناث اللائي لديهن الضغط الدموي في شكله الطبيعي.[4]

كما يلاحظ أنه بالإضافة إلى عامل الوراثة هناك عوامل مرضية أخرى تبدو ذات جذور مشتركة بين هذه الأمراض الثلاثة سواء حدثت منفردة أو مجتمعة، فهي ترتبط إرتباطا سلبيا مع الحياة القعيدة والبدانة وزيادة الجلوكوز والدهنيات في الدم، والناجمة عن الوجبات الغذائية المشبعة ...الخ .

هذا من جهة، ومن جهة أخرى يلاحظ حقيقة هامة مفادها أن معظم هذه الإصابات سواء كانت منفردة أو مجتمعة -حسب تصريح المبحوثين-، قد صاحبت الإصابة بإحدى هذه الأمراض المزمنة الثلاثة وأخذت فترة طويلة من التعرض لعوامل خطر عديدة، من أهمها مظاهر الخوف والرعب والتوترات ذات

---

(1) محمود خليل الشاذلي وآخرون، المرجع السابق، ص 667.

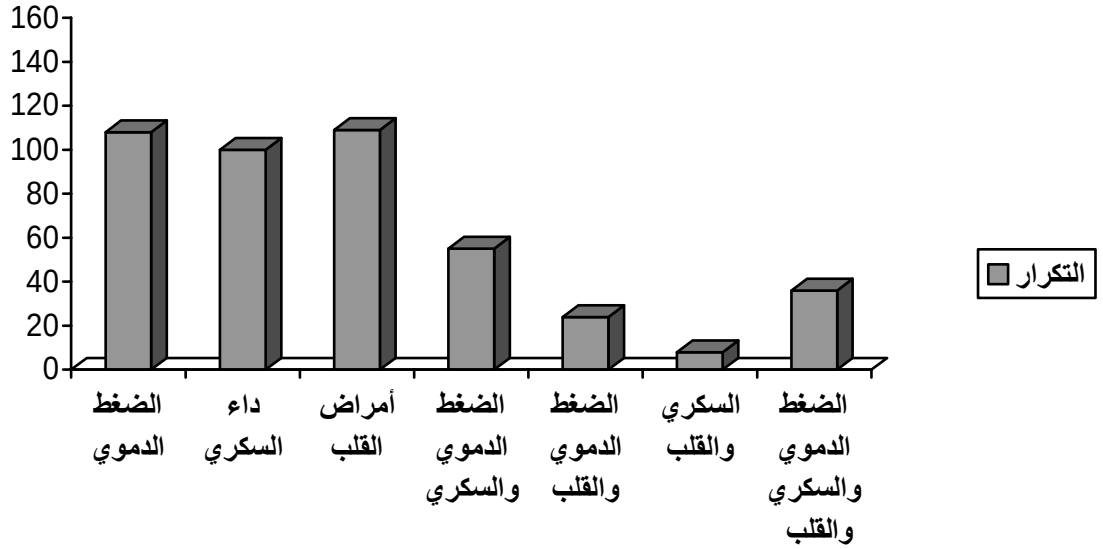
(2) محمد محسن إبراهيم، المرجع السابق، ص8.

(3) قيس أبو طه، الكلسترول والقلب، دار العلم للملايين، بيروت، ط1، 1998، ص 115.

(4) محمد محسن إبراهيم، المرجع السابق، ص8.

التأثير المستمر والمتراكم، والتي عايشوها خلال سنوات التدهور الأمني للوضع الإجتماعي في المجتمع الجزائري، وهذا يتطابق أيضا مع مدد المعاناة من الإصابات التي سجلت في النتائج السالفة الذكر وأخذت بدورها عقدين من الزمن .

شكل رقم (18): أعمدة بيانية تمثل توزيع نوعية الإصابات بالمرض المزمن بين أفراد العينة .



خلاصة :

إن الأمراض المزمنة مثل ضغط الدم المرتفع، داء السكري وأمراض القلب باتت تشكل إضطربات صحية حقيقية تأرق صحة وحياة الأفراد، في الوقت الحاضر أكثر مما مضى، فهي أمراض أصبحت تمثل العدو الأول للصحة العمومية وللحياة، أي تتصدر قائمة أمراض العصر المزمنة المؤدية إلى المضاعفات الصحية ومن ثم الوفاة، وهي تعني فقدان للطاقات البشرية وصرف للأموال في مناحي عديدة، منها المراقبة المستمرة لعوامل الخطر المتسببة وكذا الرعاية الطبية التي تتطلبها شريحة المصابين بها في المجتمع، وعلى الرغم من تنوع الإصابات بهذه الأمراض المزمنة إلا أنها في الوقت نفسه تشكل مجموعة الخصائص تصاحب في كثير من الأحيان المرضى المزمنين بها، ومن ذلك أنها تنتشر بين جنس الإناث أكثر من الذكور، وتصيب الفئات العمرية الوسطى وما فوقها بشكل ملفت للنظر، وتعاني شريحة المتزوجين بشكل بارز مقارنة بالشرائح الإجتماعية الأخرى، وتسجل المنطقة الحضرية عدد أكبر من الإصابات مقارنة بالريف، الأمر الذي يرجع إلى تدني الأوضاع المعيشية الإجتماعية والإقتصادية المؤدية إلى تدهور صحة الأفراد والأسر، ومن الحالات المرضية الأخرى التي تتبدى فيها بروز هذه الأمراض هي الحالة العائلية للنساء الماكثات في البيت، التي تواجه فيها جميع المشكلات الأسرية ومتاعب الحياة اليومية التي لا مفر منها .

إن الأفراد ذوي المستويات التعليمية الدنيا يمثلون الأرضية الخصبة التي تساعد على إنتشار هذه الأمراض فهذه الشريحة عادة ما تفتقر إلى المعلومات الصحية والوقائية والوعي الصحي .

وترجع خطورة هذه الأمراض كونها توصف بالإزمان وطول مدة المعاناة في حالة الإصابة بها، مما تتسبب في إضطرابات صحية أخرى تؤدي إلى الرفع من إحتمال الإصابة بأمراض مزمنة أخرى، وبخاصة وأنها أمراض تتأثر وتؤثر ببعضها البعض، كل هذا يشير إلى أهمية السبل الوقائية والإحتياطات اللازمة لإجراء الفحوصات المخبرية الدورية لإكتشاف الخلل في أجهزة الجسم، هذا من ناحية ومن ناحية أخرى ينبغي تعميق البحث السوسيولوجي حول العوامل أو المتغيرات السوسيو-إقتصادية والثقافية الكامنة وراء تزايد الإصابات بها في المجتمع .

الفصل السادس:

التغير في عادات التغذية وأثره على إنتشار الضغط الدموي والسكري والقلب

- **تمهيد**

المطلب الأول : حدوث التغير في عادات التغذية وحالات تأثير ذلك على إنتشار المرض المزمن.

المطلب الثاني : قلة إستهلاك أطعمة الوقاية وبعض عادات الطهي غير الصحية وآثار ذلك المرضية .

المطلب الثالث : عادات الأطعمة العصرية والدخيلة على المجتمع وآثارها على إنتشار المرض المزمن.

المطلب الرابع : تدني مستوى الثقافة الغذائية الوقائية وإنعكاساتها على ظهور الإصابة بالمرض المزمن.

المطلب الخامس : مـــدى مساهمة التغير في عادات التغذية في إنتشار الإصابة بالمرض المزمن.

المطلب السادس : المعانـــاة مـــن السمنـــة ونوعيـــة الإصابـــة بالمـــــرض المـــزمـــــن.

- **إستنتاج الفرضية الأولى**

تمهيد :

لقد تعرض المجتمع الجزائري خلال السنوات الحديثة إلى إنتشار عادات جديدة وغريبة أحيانا في مجال التغذية اليومية للفرد، حيث ظهرت أنواع عديدة من الأطعمة الضارة بالصحة، وباتت تشكل عامل خطر -حسب رأي أطباء مختصين تمت مقابلتهم في إطار الدراسة الميدانية- على إنتشار الإصابة بالأمراض المزمنة كما هو الحال بالنسبة لضغط الدم، داء السكري وأمراض القلب، ولعل الأمر هنا ينطبق على المثل الصيني القائل : " أيا يكن أبو المرض في المجتمع، فإن التغذية السيئة أمه " .

والعادة الغذائية بشكل عام تكتسب مع مرور الوقت، حيث تبدأ عبارة عن سلوك إستهلاكي عادي للغذاء، ثم تتطور وتصبح مكتسبة نتيجة عدة عوامل منها تغير نمط الحياة، التكرار والممارسة اليومية لها، لتنتهي في شكل عادة لدى الإنسان يمارسها في واقعه المعيشي اليومي، وللإشارة فإنه لا يمكن التغلب على ممارسة العادة الغذائية إلا نادرا نظرا للعلاقة الوطيدة التي تربطها بالنفس البشرية وشهواتها ورغباتها .

ولعل ما زاد من خطورة بعض العادات الغذائية على الصحة في الوقت الراهن هو ذلك التغير الذي أصابها، وعصف بها نحو الأسوء (زيادة إستهلاك الأطعمة الكربوهيدراتية والمشبعة بالدسم والسكريات ...) في ظل التغيرات التي يعيشها المجتمع الجزائري، والتي أثرت على جميع البنى القاعدية، والإنتقال من الإهتمام بالزراعة إلى الإهتمام بالتصنيع والتحضر، وتبدل أساليب التفكير، الذهنيات وكثرة الأعمال غير المجهدة وأنماط وطرق العيش الحديثة.

فهذا الوضع المعيشي من الممكن أن يجعل الفرد الجزائري يعمل جاهدا على التكيف مع هذه التغيرات الحاصلة لإثبات مواقفه الإجتماعية والسعي لتحقيق العيش في حياة أفضل، ومن الممكن أيضا أن لا يصمد أمام نمط الإستهلاك الواسع للكثير من المواد الغذائية الضارة بالصحة وذات الوفرة أيضا، الأمر الذي قد يفرض عليه تغيير إتجاه سلوكاته وعاداته الغذائية، خاصة وأن السوق الجزائرية أصبحت محل منافسة لتوفير سلع غذائية وخدمات مستوردة ومتنوعة، تمثل بالنسبة للفرد الجزائري والأسرة الجزائرية مواد جديدة ودخيلة، في ظل تأثير دوافع الإستهلاك الإجتماعية (المكانة الاجتماعية، المستوى المعيشي، المستوى الثقافي...)، الأمر الذي جعل أيضا الرغبة والحاجة في الإشباع الفعلي وإن كان ضارا غالبا أصبحتا تثار بين الحين والآخر، وعلى العموم يمكن إبراز مدى تأثير التغير الحاصل في عادات التغذية لدى أفراد العينة في إنتشار الإصابة بهذه النوعية من الأمراض المزمنة، وهذا من خلال عناصر هذا الفصل، الذي يتضمن التعرض لمعرفة أهم كيفيات وحالات التغير الذي أصاب عادات التغذية، نوعية الأطعمة الواسعة الإستهلاك، نوعية الأطعمة الدخيلة على أفراد المجتمع والمستهلكة بكثرة، تدني مستوى الثقافة الغذائية الوقائية، المعاناة من السمنة أو البدانة، ويضاف إلى ذلك تقييما شاملا لحالات تأثير جميع هذه السلوكيات والعادات الغذائية المساهمة في الإصابة بالمرض المزمن.

المطلب الأول:حدوث التغير في عادات التغذية وحالات تأثير ذلك في إنتشار المرض المزمن .

يبدو أن هناك شبه إجماع بين الأطباء والمختصين في شؤون التغذية وحتى المستهلكين على حدوث تغيرات وتبدلات عديدة في الممارسات والعادات الغذائية، وفي معظمها ضارة ومؤثرة في الصحة الجسمية سلبا، ويعتبر توجه سلوك الأفراد الإستهلاكي نحو نوعية الأطعمة الحاوية لنسب عالية من الكلسترول، الشحوم أو الدهون، السكريات، منها أيضا المصنعة والمصبرة من أبرز حالات الإنتقال الغذائي التي أصبحت تساهم كعوامل خطر إلى جانب عامل التاريخ العائلي للمرض(المورثات الجينية)، وما يعزز ذلك من سمنة وقلة في النشاط الجسماني بشكل ملموس في الإصابة بالضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب.[1]

ومن الممكن في هذا المقام عرض نماذج لعادات وتقاليد غذائية قد تكون إنتشرت في ظل النمط الإستهلاكي الحديث السائد في المجتمع الجزائري، وقد تكون إرتبطت أساسا بتغيرات هامة بالوجبات اليومية من حيث النوعية والكمية، وذلك من خلال نتائج الجداول المحددة في هذا العنصر من البحث.

جدول رقم (55) : يبين حدوث التغير في نوعية الغذاء لدى أفراد العينة وعلاقته بحالات هذا التغير قبل إصابتهم بالمرض المزمن .

التغير في نوعية الغذاء	حالات حدوث التغير في نوعية الغذاء	التكـــــرار	النسبة %
نعم	من الأطعمة الخالية من الدهون والكلسترول إلى الأطعمة الغنية بالدهون والكلسترول	135	54.88
	من الأطعمة الغنية بالألياف إلى الأطعمة الإصطناعية والمصبرة	109	44.31
	تغير آخر *	02	0.81
	المجمـــــــــــــوع الجـــزئي	246	55.91 %100
لا		194	44.09
المجمـــــــــــــوع الكـــلي		440	%100

* ملاحظة : يتمثل تغير آخر للتغذية في : إتباع نظام الحمية الغذائية، الإمتناع عن تناول بعض الأغذية بسبب أمراض معينة .

إن التمعن في نتائج هذا الجدول يكشف أن أكثر من نصف المبحوثين قد أقروا بتعرض عاداتهم الغذائية من حيث نوعيتها، والمستهلكة بشكل واسع ضمن وجباتهم الغذائية إلى التغير قبل إصابتهم بالمرض

(1) Ministère de la santé , de la population et de la réforme hospitalière, Institut National de santé publique, Transition épidémiologique et système de santé, Projet TAHINA, l'obésité chez l'adulte de 35 à 70 ans en Algérie, Op.cit, P 8 .

المزمن من حالة الأطعمة الغنية بالألياف والخالية من الدهون والكلسترول إلى حالة الأطعمة الغنية أو المشبعة بالدهون والكلسترول وحتى الإصطناعية والمصبرة، وقد سجلت هذه النتيجة نسبة عالية قدرت بـــ54.88%، تليها نسبة تقدر بـــ44.31% سجلت لحالة التغير من أصل الأطعمة الغنية بالألياف إلى الأطعمة الإصطناعية والمصبرة، وتبقى نسبة ضعيفة جدا قدرت بـــ0.81% هي لحالات أخرى من هذا التغير الذي أصاب عادات التغذية لدى المبحوثين، وللتأكيد فإن هذه التصريحات قد جاءت تمثل موقف المبحوثين القائل بنعم لحدوث التغير في نوعية أغذيتهم قبل إصابتهم بالمرض المزمن، والذي سجل أعلى نسبة أيضا قدرت بـــ55.91%، مقارنة بنسبة قدرت بـــ44.09% والمسجلة لموقف المبحوثين القائل بعدم حدوث هذا التغير في نوعية أغذيتهم قبل إصابتهم بالمرض المزمن .

وحسب هذه النتيجة الهامة يتضح أنه قد حدث فعلا تحولا كبيرا في عادات التغذية من حيث نوعية الطعام المستهلك بين فئة إجتماعية معتبرة من مجتمع البحث، وبخاصة في تلك النقلة النوعية التي برزت ضمن هذه النتائج المتعلقة بتراجع إستهلاك الأطعمة الحاوية على نسب عالية من الألياف كما هو الحال بالنسبة لخبز القمح ونخالة القمح والذرة والحبوب من بزلاء وفول وفصولياء وعدس وحمص...الخ، وللتعريف أكثر بهذا النوع من المأكولات فهي عادة تصنف من الأطعمة التي تكفي لإشباع رغبة الفرد من الطعام دون خلق أضرار صحية جانبية، حيث من المعروف أنها تمثل عامل شبع قوي، لأنها تمتص كمية كبيرة من السوائل ليزداد حجمها بشكل أكبر ويؤدي إلى الشعور بإمتلاء البطن بشكل كامل.[1] وفي المقابل ظهر إفراط كبير في تناول الأطعمة الدسمة الحيوانية خاصة والمشبعة بالدهون أو الكلسترول مما يعرض الشخص لخطر الإصابة أكثر بمرض الضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب .

وإستنادا إلى المنظور الطبي في هذا الشأن فإنه يمكن للمواد الغذائية الغنية بالألياف أن تخفض كلسترول البروتين الشحمي الخفيف الكثافة المسمى (LDL) من النمط الضار، وترفع كلسترول البروتين الشحمي الرفيع الكثافة المسمى (HDL) من النمط الحميد، كما يساعد هذا النوع من الأغذية الليفية على منع تأكسد كلسترول (LDL) السيء، هذه الأكسدة التي تعمل على جعله أكثر تخريبا للشرايين والأوعية الدموية، ومن المواد الغذائية التي تعمل بفعالية على تخفيض الكلسترول (LDL)، وتحتوي نسبة معتبرة من الألياف هي الشعير، الفاصولياء، العدس، الحمص، الجزر، الثوم، النخالة، الأرز، الفول، الجـــوز، اللـــوز، زيت الزيتون ...الخ.[2] وقد يكون تناول المزيد من الخضار والفواكه أحسن سلوك إستهلاكي، فهي خالية أيضا من الدهون والسعرات الحرارية، وتقوم بنفس الوظيفة، فهي تأمن الألياف الطبيعية والمواد المغذية مثل البوتاسيوم والمغتريوم، وهنا قد يتساءل البعض: عن ما هي أهمية الكلسترول؟ وهل خطر فقط؟ ولماذا خلق الله عز وجل هذا القاتل الصامت في جسم الإنسان؟ والإجابة بشكل عام هي أن الكلسترول يمثل حجر

---

[1] راتب عبد الوهاب السمان، المرجع السابق، ص139.

[2] جين كاربر، دوائك في غذائك، موسوعة طبية غذائية، ترجمة: أحمد رمو، دار علاء الدين للنشر والتوزيع والترجمة، دمشق ، ط3 ، 2005 ص-ص 439-440 .

أساسي في العديد من المواد المكونة للجسم الإنساني، وله نوعين تم ذكرهما يضاف لهما نوع ثالث وهو الكلسترول الخفيف جدا (VLDL)، كما له وظائف متعددة أيضا من أهمها أنه يدخل في تكوين جدران الخلايا، هرمونات الذكورة والأنوثة، تركيب الأملاح والأحماض، تقوية مناعة الجسم، تكوين خلايا المخ والأعصاب.[1] والحديث يطول حول حصر أهمية هذا العنصر الحيوي، أما بالنسبة من أين يأتي الكلسترول فإنه يصنع بداخل الجسم في حدود كمية تقدر بـــ(1000-2000) ملغ، كما يصنع من خارجه أي من الطعام المتناول يوميا (البروتين) الدهني والزيتي وفي حدود (500)ملغ في اليوم.[2] وهنا ينبغي الإشارة إلى شريك الكلسترول وهو ثلاثي الغليسريد (TG) Triglyceride، والذي يوجد أينما يوجد الكلسترول في كل شيء وخاصة بداخل البروتينات الدهنية، وهو عبارة عن ثلاث أحماض دهنية هي (حمض البالمتيك، حمض اللينوليك، حمض الزيتون أوليك)، وتتكون هذه الأحماض الدهنية من الأطعمة الدهنية.[3] والتفصيل فيها يطول، غير أن الشيء المهم الذي ينبغي ذكره هو أن الجسم الإنساني بحاجة إلى الكلسترول والغليسريد بقدر معلوم، فإذا زاد عن حده أو نقص عن حده تحدث الخطورة المزمنة، وكما يقول المثل : "إذا زاد الشيء عن حده إنقلب إلى ضده" .

إن معظم المواد الغذائية الغنية بالألياف تنتمي إلى فئة أطعمة الطاقة وتعود إلى المصدر النباتي، وعادة ما تكون سهلة الهضم ويمكن تخزينها أو حفضها لمدة طويلة، وبالإضافة إلى أنها أطعمة قليلة الدهن فهي غنية بالمقابل بالمواد الكربوهيدراتية المركبة والمواد المغذية، كما أن الحبوب الكاملة تؤمن المزيد من الألياف والمواد المغذية كما هي في الطبيعة، وللحفاظ على هذه الحالة الغذائية ينبغي الإنتباه إلى كل ما يأكل معها مثل تجنب تناول الصلطات الغنية بالأجبان أو الكريمات، بالإضافة إلى تجنب المواد الغذائية المصنعة والمعلبة والتي أخذت نصيبا معتبرا من التغير الذي حدث في عادات التغذية لدى المبحوثين، وهذا بإعتبار أن الأطعمة المسببة للسمنة وأمراض العصر المزمنة مثل الضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب، أصبحت تتأثر بشكل كبير على غرار تأثرها بالأغذية المصنعة والمعلبة والمستوردة من خارج المجتمع، وهذا عامل خطرا آخر سيأتي التفصيل فيه بصورة منفردة ضمن نتائج الجداول اللاحقة.

إن الإنتقال إلى الوضع الغذائي الجديد الذي حمل في طياته هذه العادات الغذائية السيئة المرتبطة بالإفراط في تناول الأغذية الدهنية بدلا من الأغذية الليفية، قد تأثر إلى حد بعيد بعمليات التغير الإجتماعي والإنتقال إلى الوضع الإقتصادي الراهن، والذي ساد في المجتمع الجزائري منذ سنوات التسعينيات، أي أين شهد المجتمع إنفتاحا إقتصاديا ليبراليا واسعا على منتوجات المجتمعات الغربية، وبوجه الخصوص في مجال إستهلاك المقتنيات الغذائية والتكنولوجية المستخدمة في الطهي، وحيث يلاحظ أن الإزدياد في إستهلاك الأطعمة المشبعة بالبروتينات الدهنية أصبح أمرا متقبلا إجتماعيا لدى غالبية الأفراد وحتى المتعلمين منهم،

---

[1] قيس أبو طه، المرجع السابق، ص-ص 20-21 .

[2] نفس المرجع، ص 22 .

[3] نفس المرجع، ص 42 .

فالجهل الغذائي يبدو منتشر في أماكن عديدة لتحضير الأطعمة، والملاحظ أيضا أن هذا النوع من الأطعمة أصبح يندرج ضمن الأطعمة الأفضل في الولائم والمناسبات، والتي عادة ما يفقد الأفراد السيطرة على تقديمها وتناولها نظر للطلب الكبير عليها وكذا رمزيتها الإجتماعية في المجتمع، ولقد تغلغل هذا النوع من الغذاء حتى في صميم العلاقات الأسرية والزوجية، إذ أصبحت الزيجات الحديثة تتفنن في طهي مثل هذه الأغذية والتنويع فيها عند تقديمها للأزواج لكسب ودهم.

إن كثير من الدراسات الطبية قد توصلت إلى الحذر المطلوب من الخطر الكبير والعواقب السيئة، التي تنتج عن حالة إرتفاع البروتين الشحمي، والذي باتت تحتويه نوعية الأطعمة الحديثة بين العديد من الفئات الإجتماعية في المجتمعات، وخاصة تلك التي عرفت مستوى من التحضر، وبالتوازي تراجع النشاطات الفلاحية والتقليدية المولدة للحركة والنشاط الإنساني .

إن الإنتقال السريع الذي مس عادات التغذية في المجتمع الجزائري حاليا يتطابق مع ما حدث للكثير من المجتمعات، التي عرفت تبدلات في هذا المجال، فقد أشارت دراسات غير محدودة إلى أن إرتفاع دهنيات الدم وما يصاحبها من إرتفاع في ضغط الدم والإصابة بداء السكري وأمراض القلب في المجتمعات الغربية الصناعية، بات أمرا واضحا وملموسا، وهذا على العكس لما يحدث في المجتمعات الريفية، أين وجد إنخفاضا لهذا النوع من الممارسات والعادات الغذائية والأمراض الناتجة عنها،كما تم إكتشاف هذه الحقيقة الطبية والسوسيولوجية في العديد من المجتمعات، إذ وجد أن البروتينات ذات الدهون الخفيفة LDL تنخفض بين المجموعات السكانية الصينية واليابانية التي لم تعرف النزوح نحو المدن الصناعية، وفي المقابل ترتفع معدلاتها بين هؤلاء الصينيين واليابانيين الذين شهدوا هجرات نحو المدن الأكثر تحضرا وتصنيعا أي للمجتمعين البريطاني والأمريكي.[1] وإن دلت نتائج هذه الدراسات فإنما تدل على هذه النقلة في نوعية الأطعمة التي تمثل عادات دخيلة على المجتمعات التي بلغت مستوى من التحضر والتصنيع، ومنها المجتمع الجزائري، الذي يبدو أنه يعرف مرحلة إنتقالية نحو هذا الوضع الإجتماعي والإقتصادي العالمي الجديد، وما إرتبط مع هذه المرحلة من تحولات قد غيرت في العديد من العادات والتقاليد، كالتغير البارز في مجال المهن والوظائف وكل ما يؤدي إلى التقليل من المجهود العضلي لدى الأفراد، والذي يساعد على ظهور السمنة أو البدانة وتبني العادات الغذائية السيئة وإنتشار الإصابة بمثل هذه الأمراض المزمنة.

وفي نقطة التحول هذه تمت مصادفت بعض المرضى من جيل المخضرمين أثناء القيام بالدراسة الميدانية بمستشفى مصطفى باشا، والذين عايشو الفترات التي سادت فيها عادات الإستهلاك الكثيف لنوع الأطعمة الغنية بالألياف (فقد تناولوا حتى النخالة، القمح والشعير حسب تصريحهم)، وأيضا قد عاصرو ظهور عادات الإستهلاك الكثير للأغذية المشبعة بالدهون، وصرحوا بعدة حقائق منها قول بعضهم: " كلينا النخالة وماصرناش كيما راه يصرا مع الماكلة الجديدة الي معمرة بالدهون"، وقال آخرون: "أحنا وقتنا

[1] نفس المرجع، ص 64 .

مفيهش هذا النوع من الماكلة التي تقهم بزاف وترشي الإنسان في الفراش"، " أحنا نحبوا ناكلوا الماكلة القديمة الي فيها فايدة بزاف ولكن مالقنهاش سورتو مع هذا الجيل الليموت على الماكلة الجديدة" .

وهذا دليل آخر يكشف أن العادات الغذائية الحديثة صارت تمثل صراع أجيال كما تمثل مظهر بارزا من مظاهر التغير الإجتماعي التي عرفها المجتمع الجزائري هذا من جهة، ومن جهة أخرى باتت تمثل عامل خطر ومؤثر في إنتشار الإصابة بمرض الضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب في المجتمع .

وللإشارة فإن هذه الحقائق لا تعني التمسك بعادات تناول الأطعمة الغنية بالألياف هو الإمتناع الكلي عند تناول جميع الأطعمة البروتينية الدهنية، بل يعني أنها تكون في حدود ما يحتاجه الجسم دون زيادة في كمياتها عن الحاجة اللازمة من السعرات الحرارية اليومية، لأن هذا النوع من الأطعمة هو الأكثر ضررا حيث تنجم عنه الإصابة بالأمراض المزمنة السالفة الذكر، الأمر الذي سيتضح أكثر من الجداول اللاحقة .

جدول رقم (56) : يبين التغير في كمية الغذاء المشبع بالدهون لدى أفراد العينة قبل إصابتهم بالمرض المزمن وعلاقته ذلك بحالات هذا التغير .

حالات التغير في كمية الغذاء المشبع بالدهون		التكـــــرار	النسبة %
التغير في كمية الغذاء المشبع بالدهون			
نعم	زيادة في تناول الغذاء المشبع بالدهون بدرجة كبيرة	99	34.98
	زيادة في تناول الغذاء المشبع بالدهون بدرجة قليلة	52	18.37
	نقص في تناول الغذاء المشبع بالدهون بدرجة كبيرة	73	25.80
	نقص في تناول الغذاء المشبع بالدهون بدرجة قليلة	59	20.85
	المجمـــــــــــــــوع الجزئي	283	64.32 %100
لا		157	35.68
المجمـــــــــــــــوع الكلي		440	%100

جدول رقم (57) : يبين حدوث التغير في نوعية الغذاء لدى أفراد العينة وعلاقته بحدوث التغير في كمية الغذاء الدهني قبل إصابتهم بالمرض المزمن .

حدوث التغير في كمية الغذاء الدهني / حدوث التغير في نوعية الغذاء	نعم	لا	المجموع
نعم	237 %96.34	09 %03.66	246 %100
لا	46 %23.71	148 %76.29	194 %100
المجمـــــــــــــــــــــــوع	283 %64.32	157 %35.68	440 %100

يلاحظ من خلال نتائج الجدول رقم (56) والتي تؤكد مستوى حدوث التغير من عدمه لكمية الغذاء الدهني وعلاقته بحالات هذا التغير قبل إصابة أفراد العينة بالمرض المزمن، الذي يعانون منه، بأنه قد حدث فعلا تغيرا في كمية إستهلاك الأطعمة المشبعة بالدهون، الأمر الذي برز من خلال الموقف المؤيد للمبحوثين وبدرجة كبيرة بلغت نسبتها العالية بـــ34.98%، تم تعزيزها بنسبة أخرى تقدر بـــ18.37% هي لحالة الزيادة في تناول هذا النوع من الأطعمة بدرجة قليلة، وذلك بالمقارنة مع الموقف الآخر الذي إنحصر في حالة النقصان لتناول الطعام المشبع بالدهون، والذي تحدد أعلى مستوى فيه بنسبة 25.80% مدعما بنسبة تقدر بـــ20.85% هي لحالة النقصان بدرجة قليلة لتناول هذا النوع من الغذاء، أما موقف المبحوثين غير المؤيد لحدوث التغير في كمية إستهلاك الغذاء المشبع بالدهون، فقد تم تسجيل نسبة قدرت بـــ35.68%، في حين بالنسبة لنتائج الجدول رقم (57) والتي تبين العلاقة التي تربط بين حدوث التغير في عادات التغذية من حيث النوعية وحدوث التغير في كمية الغذاء المستهلك والمشبع بالدهون، قبل الإصابة بالمرض المزمن، فقد أثبتت مرة أخرى أن هناك علاقة طردية تظهر من خلال مصاحبة التغير في كمية الغذاء المشبع بالدهون، للتغير الذي حدث في عادات التغذية من حيث نوعية الغذاء العادي، وهذا يعني أنه كلما حدث تغير في عادات التغذية من حيث نوعيتها كلما صاحبه تغير في كمية إستهلاك المشبع بالدهون منها.

ومن خلال هذه القراءة الإحصائية يتضح أن أكثر من نصف المبحوثين قد صرحوا بحدوث التغير في كمية تناول الأطعمة الدهنية، وفي كلتا الحالتين أي من مجموع النسبتين المسجلتين للدرجة الكبيرة والقليلة معا، وهم أيضا كانوا قد تعرضوا لحدوث التغير في عادات التغذية وبنسبة معتبرة، وعلى هذا الأساس فإنه يمكن القول أن تناول هذا الكم الهائل من الأغذية الدسمة والمشبعة بالدهن كان سببا فاعلا ساهم إلى جانب أسباب أخرى في إصابة المبحوثين بأمراض هذا العصر المزمنة كضغط الدم وداء السكري وأمراض القلب .

وحتى يتم الإلمام والإحاطة بمعرفة مخاطر هذا الوضع الغذائي الغامض، يتم طرح التساؤل الذي قد يتبادر للذهن عما هو السبب الذي يجعل هذه الأغذية المشبعة بالدهون تسبب السمنة وأمراض العصر المزمنة قيد الدراسة هذه؟ وللإجابة يمكن إستكمال ما تمت الإشارة إليه سابقا حول هذه المخاطر في حالة إزدياد الكمية المستهلكة عن الحد الطبيعي، والمفيد هنا إبراز مكانة نوع التغذية الدسمة أو الطعام المشبع بالدهون ضمن التصنيف المعروف في الأوساط الطبية والإجتماعية، ومنه توجد ثلاث أصناف من الأطعمة توفر المواد اللازمة للجسم وهي أطعمة الطاقة وأطعمة النمو والبناء وأطعمة الوقاية .

أطعمة الطاقة : تعمل هذه الأطعمة على تزويد الجسم بالطاقة حتى يتمكن من العمل والحركة والتدفئة ومصادرها هي : السكريات كالمربى، العسل، الحلويات بأنواعها، النشويات ويتم الحصول عليها من الخبز، المعكرونة، وأطعمة نشوية أخرى كالبطاطا، الدهون أو الكربوهيدرات: كالزبدة والزيوت كزيت الزيتون وزيت الذرة...الخ .

أطعمة النمو والبناء : وهي ضرورية للنمو وبناء الجسم وعضلاته والجلد والمخ، وتعمل هذه الأطعمة على تجديد أنسجة الجسم التالفة، وتساعد على إلتئام الجروح والشفاء من المرض، كما أنها توفر بعض الطاقة للجسم، وهناك مصدرين لأطعمة النمو والبناء وهما المصدر الحيواني كالحليب، الجبن، اللبن، البيض واللحوم والدجاج والسمك، والمصدر النباتي وهو يحوي أطعمة مثل العدس، الحمص، البازلاء، الفول، الفصولياء المكسرات كاللوز، الفستق والجوز.

أطعمة الوقاية : وهي التي تحمي الجسم من الأمراض وتساعده على الشفاء في أسرع وقت، ومن مصادرها الخضروات الورقية الداكنة الخضرة مثل السبانخ، السلاطة، الملوخية، الخضر والفواكه الصفراء والبرتقالية والحمراء مثل الجزر، الطماطم، الفلفل ، المشمش، البرتقال، المانجا، الليمون ...الخ.[1]

ويبدوا من خلال هذه التصنيفات أنها توجد ضمن الأطعمة التي تعمل على توليد الطاقة والسعرات الحرارية* اللازمة للجسم وحتى لبناءه، وتعتبر الدهون من مكونات الغذاء الأساسية حيث يمثل إحتراق 1غم دهون يولد 9 سعرات حرارية، غير أن الإكثار والمبالغة في تناولها يمثل بداية لمشكلة أمراض المزمنة محل الدراسة، التي تعد جزءا هاما لفكرة البحث في مسببات هذه النوعية من الأمراض العصرية المزمنة، وبالعودة إلى مصادر هذه الدهون في الأطعمة يلاحظ أنها تأتي مما هو نباتي مثل الزيوت المختلفة وبخاصة زيت الزيتون، وهذا مصدر مفيد يحتوي عادة على أحماض أمينية غير مشبعة وتلعب دورا هاما في الحماية من الإصابة بأمراض القلب والشرايين .

أما المصدر الحيواني الذي يحتوي بكثرة منتجات الألبان والبيض والدهون الحيوانية الموجودة في اللحوم وهي الأخطر من سابقتها، ويقدر الإحتياج اليومي من الدهون عامة بحوالي 40 إلى 60 غراما بشرط

---

[1] باربرا كلاين وآخرون، أساسيات التثقيف الصحي، منشورات جامعة اليرموك، الأردن، 1986، ص- ص 15-16 .

* السعر الحراري: هو كمية الحرارة اللازمة لرفع كيلوغرام من الماء درجة مؤوية واحدة تحت الضغط الجوي العادي .

أن يكون نصف هذه الكمية من الزيوت النباتية.[1] ومن الجدير بالذكر هنا أن تناول صنف الدهون الحيوانية بكثرة يرفع من إحتمال الإصابة بالسمنة والمرض المزمن، وسواء حدث ذلك في حالة زيادة كميات غير متناسبة مع حاجة الجسم بشكل منفرد أو بشكل متفاعل مع عناصر الغذاء الأساسية الأخرى كالماء، النشويات (السكريات)، البروتينات، الفيتامينات، الأملاح المعدنية والعناصر النادرة الأخرى، وحتى يمكن معرفة الكمية اللازمة والمناسبة من الدهون والعناصر الغذائية الأخرى، يتم بإختصار شرح عملية التغذية في الجسم، فبعد أن تتم عملية هضم الغذاء وإمتصاصه بواسطة الأمعاء الدقيقة، يمر إلى خلايا الجسم، المتعددة أين يتحلل بواسطة إنزيمات كميائيا إلى مواد جزئية، وهذه العملية تولد الطاقة لبناء الجسم، ولعل ما يحتاجه الشخص الطبيعي من هذه الطاقة يتراوح ما بين 1500-3000 سعر حراري يوميا.[2] غير أنها تختلف حسب الخصائص الفردية والديموغرافية وطبيعة العمل، ومن أهم الأسئلة التي تثار حول تأثير زيادة الدهون في الجسم وإصابته بالسمنة وأحد هذه الأمراض المزمنة، هي كيف يتحول الغذاء الزائد إلى دهون؟ والإجابة أن الخلية الدهنية هي وحدة أساسية لتكوين الأنسجة الدهنية، التي تتراكم نتيجة زيادة المواد الدهنية في الجسم، وهذا تفسيرا علميا للسمنة في حد ذاتها، ومن المعروف علميا أيضا أن جسم الإنسان يحتوي حوالي 30 مليار خلية دهنية، وهذه الأخيرة تحتوي بدورها على 15 كيلو غراما من الدهون، وهذه الكمية من الدهون تمد الجسم بحوالي 135000 سعر حراري، على أساس أن غراما واحدا من الدهون عندما يحترق يولد 9 سعرات حرارية، وهذا المخزون من الدهون يمد الفرد بالطاقة لمدة أربعين يوما في حالة الصوم.[3] وكما تم شرحه آنفا فإن الدهون تتكون من الغليسريدات الثلاثية التي تتأكسد داخل أنسجة الجسم وتوفر له الطاقة وقت الحاجة، لذلك يبقى توازن كمية الدهون وأكسدتها أمرا ضروريا يتحكم فيه عاملين هما: كمية الغذاء المستهلك من جهة وكمية الطاقة المستهلكة في حركة الجسم من جهة أخرى، وأي خلل في إحداهما يؤدي إلى إختلال وزن الجسم والزيادة في تناول الدهون عن المستوى الطبيعي الذي يحتاجه الجسم إذا لم تحترق من خلال حركة الجسم، تؤدي حتما إلى المعاناة من السمنة وما يصاحبها من أمراض مزمنة كأمراض الشرايين، الضغط الدموي والسكري.[4] هذا من وجهة النظر البيولوجية أما من وجهة النظر السوسيولوجية، فيمكن القول أن زيادة تناول الأغذية المشبعة بالدهون كعادة إنتشرت بين عادات الأفراد والأسر الغذائية تعود أساسا إلى عوامل كثيرة منها الظروف البيئية للمجتمع، كتدني الثقافة الصحية قلة الوعي الغذائي، الحالة الإقتصادية والمعتقدات الخاطئة، العادات والأعراف الإجتماعية، ولعل أبرز هذه العوامل تأثيرا تلك التي إرتبطت بكثرة الطعام وعدم إتباع القواعد الصحية في التغذية، وتحميل المعدة مجهودا هضميا أكثر مما تتحمل وأكثر مما تستسيغه الخلايا، لأن الجسم الإنساني له حدود طبيعية لحاجته من الطاقة

---

(1) ماجد عبد العالي، السمنة وأمراض الغدد، أسبابها والوقاية منها، مركز الأهرام للترجمة والنشر،القاهرة، ط1، 1995، ص 22 .

(2) نفس المرجع، ص 23.

(3) نفس المرجع، ص 26.

(4) نفس المرجع، ص-ص 26-27 .

الغذائية وما يزيد عن ذلك فهو فضلات تشبه السموم ولا فائدة منها، لأنها ترفع من نسبة التعرض للمرض المزمن أكثر، وهذا يتطابق مع الآية الكريمة ﴿...فَأَمَّا الزَّبَدُ فَيَذْهَبُ جُفَاءً ۖ وَأَمَّا مَا يَنْفَعُ النَّاسَ فَيَمْكُثُ فِي الْأَرْضِ ۚ كَذَٰلِكَ يَضْرِبُ اللَّهُ الْأَمْثَالَ﴾ [سورة الرعد: الآية 17] .[1] إذا فالإفراط في الطعام يمثل عادة إجتماعية سيئة منهي عنها شرعا لعموم الناس كما قال تعالى﴿...وَكُلُوا وَاشْرَبُوا وَلَا تُسْرِفُوا ۚ إِنَّهُ لَا يُحِبُّ الْمُسْرِفِينَ﴾[سورة الأعراف:الآية 31] .[2] وقول تعالى ﴿...كولُوا مِنْ طَيِّبَاتِ مَا رَزَقْنَاكُمْ وَلَا تَطْغَوْا فِيهِ فَيَحِلَّ عَلَيْكُمْ غَضَبِي ۖ وَمَنْ يَحْلِلْ عَلَيْهِ غَضَبِي فَقَدْ هَوَىٰ﴾ [سورة طه: الآية 81] .[3] ومن ناحية ثانية فإن الإعتقاد الخاطئ الذي ساد في المجتمع الجزائري ولفترة معتبرة من الزمن حول مؤشر الصحة الذي يعني القدرة على الأكل والبلع أكثر لدى الشخص، وحتى النظرة الإيجابية تجاه الشخص السمين أو البدين والمولود المملوء الجسم ...الخ، فقد كان الأفراد في زمن قريب في المجتمع الجزائري يتباهون بأن لديهم إبنة ذات صحة جيدة كونها مملوئة (بدينة)، وكانت تمثل قطعة نادرة أو عملة يصعب الحصول عليها، وفي تلك الأيام كانت النساء تحرصن على تغذية أبنائهن وجعلهن يسمنون، وبالإعتماد على الأطعمة المسمنة بوجه الخصوص ولزالت بعض النساء يحرصن على إطعام الأبناء بإستمرار ويذهبون بهم من طبيب إلى آخر وعشاب إلى آخر، ويدعون بأنهم لا يأكلون كثيرا ويقلن مساكين لا يفتحون فمهم للأكل كثيرا، ويخشون عنهم النحافة، وعندما يسألهم الطبيب عن حالة أكلهم يتضح أنهم سلمين ويأكلون فوق العادة، كما كان الناس يأكلون اللحوم المدهنة بشدة ويطلبون الجزار بأن يكثر من الشحوم ويرفضون شراء اللحم إذا كان ناشفا ويشربون دهن اللحم ويقلون الخضار بدهون اللحم (دهن اللحم المذاب أو المبرد أو الشحوم أو بالسمن الأصيل)، ويأكلون اللبن كامل الدسم ويرفضون شراءها إذا إكتشفوا أنها قد سحب منها خيرها أي دهونها ودسمها، فهذه جميعها رواسب تاريخية لا زالت تؤثر في ذهنيات الأفراد وتدفع بهم إلى الوقوع في المشكلة الصحية المتمثلة في زيادة تناول الأطعمة الكربوهيداتية والدهنية.

وفي هذه النقطة بالذات فإن الإعتقاد ببعض الأمثال السائدة حول موضوع الإكثار من هذه المأكولات، قد صرح بها البعض خلال إجراء الدراسة الميدانية بمصلحة القلب بمستشفى مصطفى باشا بعد إستجوابهم بأنهم لا يروا المنفعة الغذائية إلا في هذا النوع من المأكولات، حيث قال أحدهم: "كنت نأكل غير الماكلة نتاع ليدام حتى مرضت باشفقت" وقال آخرون "كنا نامن بهذاك المثل الي قول كول وقرمش قبل ما تتفرمش"* "حتى مرضنا باش عرفنا بلي كنا نأكل في السم " "حتى مرضنا بالمرض المزمن باش أمنا نتاع الصح بهذاك المثل اللي قول: الصحة تاج فوق رؤوس الأصحاء لا يراها إلا المرضى" وهذا يدل على

---

[1] سورة الرعد، الآية 17 .

[2] سورة الأعراف، الآية 31 .

[3] سورة طه، الآية 81 .

* وهناك صيغة أخرى لهذا المثل قد صرح بها بعض المبحوثين الآخرين وهي:"كول ودشش قبل ماتفرمش" .

أن المعتقدات والتقاليد الغذائية قد لعبت دورا بارزا في بلورت هذه العادة الغذائية السيئة لدى أفراد العينة قبل إصابتهم بالمرض المزمن .

إن الحالة الإقتصادية تؤثر ولو بطريقة غير مباشرة في إقتناء هذا النوع من الأغذية، فعادة ما تؤدي الوفرة المالية لدى القائمين على الأسر في إهتمامهم بتوفير الأغذية الدسمة، خاصة مع تدني الثقافة الصحية الغذائية بين أفراد الأسرة، فالحاجة إلى تناول اللحوم التي توفر البروتينات والدهون لا تعني حضورها في كل الوجبات اليومية، بل على حسب طبيعة المجهود المبذول لدى الأفراد وتناولها بإستمرار دون حرق الفائض من مخزون الجسم الناتج عن قلة الحركة والجهد يؤدي إلى الإضرار بالصحة، وفي سياق الحديث عن الحالة الإقتصادية فإن ظاهرة إنتشار تناول الأطعمة الدهنية لم يسلم من ممارسة عادتها الفقراء، فالتعويض بأنواع أخرى من الأطعمة على غرار اللحوم بأنواعها تبدو أيضا غنية بالدهون كالمعكرونة والعجائن المسمنة، خاصة مع عدم الإكتفاء النفسي الذي يعيشه البعض من هؤلاء .

ولعل البيئة الأسرية قد تمثل أيضا عاملا محفزا على الإكثار من تناول مثل هذه الأطعمة، فالشعور بالحرمان العاطفي أو النبذ أو الطرد من الأسرة يولد الشره في الأكل للكثير من الأفراد، الذين يعيشون مثل هذه الحالات والشره أوالنهم في الأكل يسمى بمرض فرط الطعام (البوليميا Bulimia)، ويزداد هذا السلوك الغذائي في حالات القلق الشديد والإضطراب النفسي والإكتئاب.[1] وبموجب هذا الفهم المتعلق بالمتغير الإقتصادي، فإن هذا الأخير يمكن أن يكون وراء السلوك والعادات الغذائية التي سادت في المجتمع الجزائري حاليا، فالممارسة الإقتصادية المفتوحة على العالم الخارجي دون مراقبة أو توعية مع التسويق للإنتاج لحساب الإستهلاك المادي، الذي يتضرر منه إستهلاك الأفراد لهذه الأطعمة التي باتت تسوق عبر الإعلام والدعاية والنشر في الأوساط الإجتماعية.

ولا يخفى على أحد أن الذوق في المجتمع الجزائري يميل بوجه عام إلى الإقبال على الأغذية الدسمة المركزة من حيث السعرات الحرارية، فإذا تم التطلع إلى اللحوم يلاحظ أن أفضلها وأحسنها عند الفرد الجزائري هو لحم الخروف، ولا تخلو مائدة في الحفلات والولائم من هذا اللحم وأشربته الدسمة، وحتى في وجبات البعض القادرين ماديا على إستهلاكه يوميا.

ولأجل التأكد بأنه فعلا قد حدث تغيرا في نوعية وكمية الغذاء لدى أفراد مجتمع البحث، تم إستخدام معامل الإرتباط وهو معامل الإقتران والذي قدر بـــ0.86، الأمر الذي يعني وجود علاقة طردية قوية بين التغير في نوعية التغذية والتغير في كميتها أيضا .

[1] صلاح الدين علي الشامي، الإستهلاك ظاهرة بشرية في الرؤية الجغرافية، منشأة المعارف، الإسكندرية، 1984، ص261 .

جدول رقم (58) : يبين سعي المبحوثين لإستهلاك المأكولات والمشروبات المصنعة والمعلبة وعلاقته بإستهلاكهم بكثرة لها قبل إصابتهم بالمرض المزمن .

إستهلاك بكثرة المبحوثين المأكولات والمشروبات المعلبة والمصنعة / سعي المبحوثين لإستهلاك المأكولات والمشروبات المعلبة والمصنعة	نعم	لا	المجموع
نعم	254 %69.78	110 %30.22	364 %100
لا	43 %56.58	33 %43.42	76 %100
المجمـــــــــــــــــــــــوع	297 %67.5	143 %32.5	440 %100

جدول رقم (59) : يبين المأكولات والمشروبات المصنعة والمعلبة المستهلكة بكثرة لدى المبحوثين قبل إصابتهم بالمرض المزمن.

المأكولات والمشروبات المعلبة والمصنعة والمستهلكة بكثرة	التكرار	النسبة %
الجبن	215	24.02
الكاشير	194	21.68
الطون والأسماك المصبرة	67	07.47
الزيتون	78	08.71
اللحوم المجمدة	55	06.14
الحلويات بكل أنواعها	183	20.45
المشروبات الغازية بكل أنواعها	103	11.51
المجمـــــــــــــوع	* 895	100

* ملاحظة: بعض المبحوثين تناولوا بكثرة عدة أنواع من المأكولات والمشروبات المصنعة والمعلبة لذلك إرتفع مجموع الإجابات إلى 895.

إن التغير الذي مس عادات التغذية لم يقتصر على النقلة التي حصلت من الطعام الغني بالألياف إلى الطعام الغني بالدهون، وإنما تم توجيه التهمة أيضا إلى إنتشار الأغذية المصنعة والمعلبة، والتي أصبحت تمثل موضة العصر في مجال الإستهلاك، يسعى الأفراد للوصول إلى تحقيق الإكتفاء الغذائي من أنواعها المختلفة

ومعظم هذه الحقائق تظهر من معطيات الجدول رقم (58)، الذي تكشف نتائجه أن موقف أفراد العينة تجاه تمكينهم من إستهلاك وبكثرة الأطعمة والمشروبات المصنعة والمعلبة، قد إنحصر في إجاباتهم القائلة بنعم وبنسبة عالية قدرت بـــ67.5%، مقابل نسبة تقدر بـــ32.5% جاءت تخص موقفهم الرافض لقولهم بأنهم لم يتمكنوا من الحصول وإستهلاك هذا النوع من الأطعمة، وهناك تعزيز واضح لموقف المبحوثين ولتصريحهم بإستهلاكهم للأطعمة والمشروبات المصنعة والمعلبة من خلال إعترافهم أيضا بالسعي لإستهلاك هذه المأكولات والمشروبات وبنسب عالية مقارنة بمن كان موقفهم قائلا بعدم سعيهم لاستهلاك هذه النوعية من الأطعمة.

وعموما يمكن إستنتاج أن هناك علاقة طردية، حيث كلما زاد السعي وراء إستهلاك الأطعمة والمشروبات المصنعة والمعلبة بين المبحوثين كلما إستطاعوا الحصول عليها وإستهلاكها بكثرة، ويتضح من نتائج الجدول رقم (59) الذي يبرز أهم الأغذية والمشروبات المصنعة والمعلبة التي إستهلكها المبحوثون بكثرة قبل إصابتهم بالمرض المزمن، ويبدوا أن إجاباتهم، قد تمركزت أيضا لدى الأغلبية منهم في التصريح بإستهلاك مجمل الأغذية غير الصحية التي تم إحصائها في الجدول، وذلك قبل الإصابة بالمرض المزمن الذي يعانون منه، ولقد إنحصر موقف المبحوثين الموافق على إستهلاك أنواع من الأطعمة والمشروبات المصنعة والمعلبة، ومنها نسبة عالية تقدر 24.02% للجبن المصنع وبكثرة، وتلي هذه النسبة نسبة تقدر بـــ21.68% تمثل موقف المبحوثين الموافق على إستهلاك مادة الكاشير بكثرة، في حين يلاحظ أن المبحوثين الذين كانوا يستهلكون وبكثرة الحلويات بكل أنواعها قد قدرت النسبة لديهم بـــ20.45%، أما بالنسبة لمواقف المبحوثين المتبقية فقد سجلت نسب ضعيفة، حيث ظهر موقفهم في تناول بكثرة المشروبات الغازية بنسبة تقدر بـــ11.51%، ثم تلاه الموقف الخاص بتناول الزيتون المصبر بنسبة 8.71%، و لم يتجاوز الموقف الذي إنحصر في تناول بكثرة للطون أو الأسماك المصبرة نسبة 7.47%، وأخيرا سجل الموقف الذي إنحصر في تناول اللحوم المجمدة نسبة 6.14% حسب تصريحاتهم، ولعل عدم تمكن المبحوثين من إستهلاك بكثرة مواد غذائية مثل الطون والأسماك المصبرة الزيتون واللحوم المجمدة يرجع في الأساس إلى الإرتفاع المستمر في أسعارها طول السنة .

ومن هذه القراءة الإحصائية، يبدوا أن الأطعمة والمشروبات المصنعة والمعلبة التي تم إستهلاكها من طرف المبحوثين بكثرة، وبخاصة منها الأجبان والكاشير والحلويات والمشروبات الغازية، جميعها مأكولات ومشروبات أصبحت تقع ضمن قائمة الأغذية المسببة للآثار الصحية السيئة، وفي غالب الأحيان تكون مسمنة أيضا، وربما يطرح التساؤل عما هو السبب الذي يجعل هذه الأغذية المصنعة بإستخدام التكنولوجيا الحديثة تسبب السمنة والإصابة بأمراض العصر المزمنة كضغط الدم، داء السكري وأمراض القلب؟، وللإجابة على التساؤل يمكن الإستناد إلى التفسيرين العلمي والسوسيولوجي معا، فمن الناحية العلمية يعتبر السبب الرئيسي وراء تحول هذه الأطعمة والمشروبات المصنعة والمعلبة إلى عامل مسبب للسمنة هو ذلك الإختلال الطبيعي الدقيق بين مكوناتها، لأن المواد النشوية الداخلة في تركيبها تتعرض لهضم صناعي شديد

أثناء التحضير، فتصبح سريعة الهضم في شكل غلوكوز داخل الجهاز الهضمي، كما تصبح سريعة الإمتصاص من الجهاز الهضمي إلى الدورة الدموية، الأمر الذي ينتج عنه سلسلة من التفاعلات المتتالية من إرتفاع وزيادة في إفراز الأنسولين وزيادة في قابلية الجسم للتخزين لنسب عالية من الدهون، كما تزداد الشهية المركزية التي تفتح المجال لزيادة الوزن والإصابة بالسمنة، يضاف إلى ذلك العمليات التي تمر بها هذه الأطعمة لكي تصبح جاهزة للإستهلاك ومن أهم هذه العمليات ما يلي :

- عملية الإستخلاص التي تجرد الطعام من الألياف، وكما هو معلوم تمثل الألياف عامل شبع وعامل إبطال إمتصاص النشويات، كما هي عامل تخليص الجسم من السموم الدهنية وطردها خارج الجسم .

- عملية التكرير والفلترة لتجهيز هذه الأطعمة تجردها من الفيتامينات والمعادن الطبيعية التي تمثل عاملا لرفع حرق الطاقة في الجسم، الأمر الذي يسبب للجسم الإقتصاد في حرق الطاقة، وهذا يعني أن الجسم يصبح متكيفا بمقادير حرارية ضعيفة ويقوم بتخزين الطاقة أكثر، وكما هو معلوم فإن حرق الطاقة الإقتصادي يظهر في شكل أعراض عديدة من أهمها نقص الحركة والنشاط والميل إلى الإمساك والدوخة.[1] وهذه جميعها حالات تعمل على إضافة الشحوم للجسم إلى جانب إضعاف مردود الشخص في نشاطاته اليومية، وهذا يتنافى مع القاعدة الصحية القائلة" ما خزن أولا يستهلك أولا first in first out" .

وإستنادا لما ذكر فإن المبالغة في تناول الأغذية والمشروبات المصنعة والمعلبة، وبخاصة منها الأجبان تؤدي إلى إختلال النسبة الطبيعية بين أنواع المغذيات المستهلكة، وكما تمت الإشارة إليه فإن غالبية التركيبات التي تحتويها هذه الأطعمة المصنعة والمعلبة هي النشويات والسكريات والدهون الحيوانية هذا من جهة، ومن جهة أخرى تفتقر إلى البروتينات والألياف والدهون النباتية، الأمر الذي يجعل تراكم هذا الإختلال واللاتوازن مع مرور الوقت ويؤدي إلى أعراض نقص البروتين والدهون الحيوانية، وفي المقابل يعمل على الرفع من نسبة الكلسترول، وكل ما ينتج عن ذلك من الضعف والوهن والشيخوخة المبكرة، ونقص المناعة للأمراض ونقص النشاط والحيوية وفي النهاية تظهر الإصابة بتصلب الشرايين الضغط الدموي والسكري.[2]

ومن الجدير بالذكر أيضا أن عامل الجاهزية في تقديم الأطعمة المصنعة والمعلبة له دورا فعالا في القابلية لإستهلاكها، فهي لا تحتاج إلى التقطيع أو الطبخ أو السلق حتى وإن كانت عمليات بسيطة، لذلك فهي تحتاج إلى درجة معقدة من التصنيع والتحضير، وهنا ينبغي تسجيل ملاحظة علمية عابرة أنه كلما كانت الخطوات التصنيعية اللازمة للحصول على الغذاء وخاصة من الأصل النباتي بشكل أطول كلما وجدت أن قدرته التسمينية أعلى، وعلى هذا الأساس لا يمكن صنع الخبز والمعجنات والفطائر والمعكرونة من الحبوب كالقمح بشكل مباشر بالسلق والطبخ، بل يحتاج إلى تجفيف متكرر وتكييفه برطوبة معينة وإضافة له كيماويات قاصرة خاصة باللون، ثم فصل النخالة عنه وفي الأخير عجنه وتخميره بخمائر وخبزه .

---

[1] راتب عبد الوهاب السمان، المرجع السابق، ص 50.

[2] نفس المرجع، ص 51 .

كذلك بالنسبة لصنع الحلويات فهي تحتاج لإستخلاص السكر بالطبع مع الماء وإستخلاص العصارة السكرية وتصفيتها وبشكل متكرر، وإضافة لها الكيماويات القاصرة للون ثم تجفيفها وطهيها مع السمن أوالزيوت.

ونفس الشيء بالنسبة لتحضير المشروبات والعصائر المحلاة بالسكر فهي لا تحضر مباشرة بخلط الفواكه مع السكر، وإنما يتم ذلك بعد تحضير السكر بالطريقة السالفة الذكر، ثم تأتي ممارسات أكثر تعقيدا أو إبتعادا عما هو طبيعي، بحيث يضاف إلى تحضير هذه المشروبات والعصائر العديد من الأحماض مثل حمض الليمون وحمض البتروئيك وحمض الأورثوفوسفوريك، وهذه أحماض معقدة التركيب تستعمل في هذا المجال يطول الحديث في تفسيرها.

وهذا إلى جانب إضافة مركب لون الكاراميل ومركب نكهة الكاراميل، ومركبات نكهات الفواكه مع خلط السكر المكرر في كل مرة، ثم إضافة غاز الكربون الحر أو المولد من الكيماويات.[1]وهنا يختلط الأصل النباتي بالأصل الحيواني، ولو يعي الشخص المستهلك كيفية التصنيع لهذا النوع من المشروبات والعصائر والحلويات وغيرها من هذه الأطعمة المصنعة لما تجرأ على تناولها وعلى الأقل عدم الإكثار منها .

ولعل الملاحظة نفسها من حيث التعقيد تسجل حول تحضير وتصنيع الجبن والكاشير، غير أن الأمر هنا يزداد خطورة نظرا للأملاح المعدنية المضافة بشكل كبير، حيث تشكل خطورة صحية دون غيرها من المواد الأخرى وهذا سيتم التفصيل فيه ضمن عناصر لاحقة. * وفي هذا الصدد فإن مفهوم الجاهزية الذي إرتبط بهذه الأطعمة من وجهة النظر العلمية يمثل عامل تفسير هام من وجهة النظر السوسيولوجية أيضا، حيث يظهر كما هو واضح في المحلات التجارية والأسواق من أصناف مختلفة للأطعمة والمشروبات المصنعة والمعلبة المرتبة والمتوفرة أينما يحل الفرد، فهذا دليل على أن جاهزية هذه الأطعمة وسهولة إقتنائها، وحتى سهولة إستهلاكها وهضمها هي عامل آخر يكمن وراء الإقبال على تناولها بكثرة، ولعل أساليب وطرق عرضها المغرية تلعب دورا في ذلك فقد لا تقوى النفس البشرية مقاومة رغبتها وإستهلاكها، ولكن هذا لا يعني تبريرا موضوعيا إذا ما قورنت هذه العوامل بصحة الفرد وحماية جسمه من الإصابة بمثل هذه الأمراض المزمنة(الضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب)، لأن البدائل موجودة في مواد غذائية طبيعية الأصل وغنية بنفس المكونات من فيتامينات ومعادن...الخ، وعلى هذا الأساس فالبيئة الإجتماعية لعبت دورا بارزا في تمكين المستهلك من الوصول إلى حد كبير لإستهلاك هذا النوع من الأطعمة والمشروبات المصنعة والمعلبة، والتي تكون في أغلب الحالات مستوردة وتجارية، مما يجعلها غير معرضة للمعانية الصحية، وهذا على الرغم من أهمية توفير الشروط الصحية وتوعية المتعاملين مع المواد الغذائية المصنعة، إلا أن ذلك لا يعتبر كافيا لضمان سلامة هذه المواد، وتبقى الحاجة الماسة إلى الرقابة الصحية وتوفير الشروط الصحية في عملية

---

[1] نفس المرجع، ص-ص 48-49 .

* أنظر العنصر المتعلق بتدني مستوى الثقافة الغذائية الوقائية وإنعكاساتها على الإصابة بالمرض المزمن (الضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب)، المطلب الرابع من هذا الفصل، الباب الثاني للدراسة الميدانية .

التخزين والحفظ بشكل يمنع ثلوثها أو فسادها والتأكد من صلاحيتها للإستهلاك، نظرا للأضرار الصحية الناتجة عن التلوث والإستخدام اللامسؤول للمواد الكيمائية في المجالين الزراعي والصناعي، والذي لا يمكن تجاهله في هذا المقام هو الوعي بمخاطرها الصحية والإصابة بالأمراض المزمنة كضغط الدم، داء السكري وأمراض القلب، وحتى وإن توفرت جميع هذه الإجراءات الصحية إلا أن هذه العادات الغذائية الحديثة التي باتت تشجع على الخمول والتقليل من الحركة (خاصة بالنسبة للمرأة) نظرا لجاهزيتها، فإنها تبقى عادات غير مقبولة في الأوساط الطبية لأنها حميات غير متوازنة، وبالتالي فالعودة إلى الأغذية الطبيعية أمر لا مفر منه، وهنا ينبغي الإشارة إلى أن التأثير الإقتصادي لتبني ما يعرف بالأغذية الطبيعية، يمكن تفسيره من عدة جوانب كإرتفاع تكلفة الأغذية الطبيعية مقارنة بالمنتجات المعالجة بالمواد الكيميائية وفقا لنظم وأساليب الزراعة الحديثة وبصورة إعتيادية، إذا فالسوق يحبذ أحيانا سلعا للمستهلك ويقيده بإستهلاكها هذا من ناحية، ومن ناحية ومن ناحية أخرى فهناك عدة ظواهر جديدة مؤثرة في هذه العادات والممارسات الغذائية، من ذلك ظاهرة الإستغلال نظرا لعدم وجود وسائل واضحة للتعريف بين النوعين من المنتجات الطبيعية والإصطناعية اللهم إلا الإعتماد على ما يقوله مروجوها في السوق والسوبرماركات قولا أو كتابة (الإشهارات)، فمن المحتمل جدا أن يقع المستهلك فريسة وضحية للإستغلال والغش والتدليس (يستغلون الحالة النفسية للمستهلك)، وقد يدفع الأفراد ثمنا باهضا مقابل منتوج معين طبيعي وهو ليس بطبيعي، ولعل النشاط الإعلامي الزائد الذي ابتليت به المجتمعات النامية، ومنها المجتمع الجزائري لترويج الصناعات الغذائية للمجتمعات المصنعة لها، يمثل كارثة صحية وغير ذلك من العوامل الجوهرية التي تحتاج إلى دراسات وإمعان.

والجانب الجمالي للحياة اليومية الذي يمثل بالطبع محور الثقافة الإستهلاكية لـــه دور في هـــذا الشأن، ففي كتابات "جون بودريار" حول ثقافة الإستهلاك لما بعد الحداثة، وفي كتاباته الأكثر حداثة يشير إلى أنه ظهر منطق الإستهلاك الحديث عن طريق التدفق الذي لا نهاية له من الصور الساحرة والتصنيعات المختلفة التي ينقلها الإعلام في هذا الواقع المفرط الذي يختلط فيه الحقيقي بما هو خيالي، ويركز بأن الواقع نفسه اليوم هو واقع مفرط يؤسس بعد التصنع، يقول "بودريار" أيضا أن التصنع هو سمة ما بعد الحديث .

وفي كتاباته المبكرة عن المجتمع الإستهلاكي يطور "بودريار" نظرية "السلعة رمز".[1] والملاحظة اليومية تشير إلى أن الكثير من السلع والمنتوجات الغذائية باتت تستهلك في سياقها الرمزي في أوساط المجتمع الجزائري، الأمر الذي ينعكس سلبا على نسق الصحة والبناء الإجتماعي .

ولأجل التحقق من مدى وجود علاقة بين سعي المبحوثين من عدمه لإستهلاك الأطعمة المصنعة والمعلبة وتناولهم أياها بكثرة، تم توظيف معامل الإرتباط الذي يناسب ذلك وهو معامل الإقتران، حيث قدر بـــ0.27، وتعني هذه النتيجة وجود علاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين السابق ذكرهما .

[1] مايك فيزرستون، المرجع السابق، ص.ص 150.151.

المطلب الثاني :قلة إستهلاك أطعمة الوقاية وبعض عادات الطهي غير الصحية وآثار ذلك المرضية

مما سبق ذكره آنفا أن الخضر والفواكه والأغذية الغنية بالألياف تمثل مواد غذائية تعمل دائما على كبح وإنقاص وتعديل مستوى الدهون والكلسترول العالي الكثافة، وتعمل أيضا على إمتصاص المزيد من السكر، ونظرا لأهمية هذه العناصر الغذائية في حياة الأفراد، وحماية صحتهم من الإصابة بأمراض الشرايين، ضغط الدم والسكري، فمن المفيد هنا التأكد من ذلك، من خلال معرفة مكانة أو بالأحرى تحديد مستوى إستهلاك الأطعمة الوقائية هذه، وكذا معرفة بعض العادات السيئة في الطهي من خلال مكونات الوجبات الواسعة الإستهلاك، التي كان يتناولها أفراد العينة وما هي الآثار الصحية والمرضية التي تنجم عن هذه الممارسات الغذائية .

جدول رقم (60) : يبين تحديد مستوى إستهلاك الخضر والفواكه والأغذية الليفية الأخرى ضمن مكونات الوجبات الواسعة الإستهلاك اليومية لدى المبحوثين قبل إصابتهم بالمرض المزمن .

مكونات المأكولات التي كانت أكثر تناولا لدى المبحوثين ضمن الوجبات الواسعة الإستهلاك	التكرار	النسبة %
اللحوم الحمراء (لحم البقر، الخروف ...)	95	06.92
اللحوم البيضاء (الدجاج...)	186	13.56
السمك	98	07.14
البيض	162	11.81
الخضر والفواكه	97	07.07
الحبوب (العدس، الحمص، الفول...)	181	13.19
البطاطا	193	23.10
الحليب ومشتقاته	317	23.10
مأكولات أخرى(المكسرات مثل الكاكاو ...)	43	03.14
المجمـــــــــــــــــــــــوع	* 1372	100

* ملاحظة: المجموع أكثر من حجم العينة وهو يخص المرضى الذين صرحوا بتناولهم لأكثر من مكون لأكلة واحدة، الأمر الذي إنعكس في تكرار المأكولات ومكوناتها.

يلاحظ من خلال معطيات هذا الجدول الذي يبين تحديد مكانة أو مستوى إستهلاك الخضر والفواكه والأغذية الليفية الأخرى (الحبوب)، ضمن الوجبات الغذائية الأساسية الواسعة الإستهلاك لدى المبحوثين قبل إصابتهم بالمرض المزمن أن النسبة العليا المسجلة قد عادت إلى صنف المبحوثين الذين كانوا يستهلكون بكثرة مادة الحليب ومشتقاته، والتي قدرت بـــ23.10%، ثم يأتي صنف المبحوثين الذين إنحصر

إستهلاكهم بكثرة في مادة البطاطا وبنسبة تقدر بـــ14.07%، ويحتل المرتبة الثالثة صنف من المبحوثين الذين إتجه موقفهم للإجابة عن تناول اللحوم البيضاء وبخاصة الدجاج كعنصر غذائي هام وبنسبة تقدر بـــ13.56%، يلي ذلك مباشرة في المرتبة الرابعة صنف المبحوثين الذين إتجه موقفهم للإجابة عن إستهلاك طعام وقائي ألا وهو الحبوب (العدس، الحمص، الفول،...الخ) وذلك بنسبة تقدر بـــ13.19%، وللأسف هذه مكانة إحدى أهم الأطعمة الوقائية من الأمراض المزمنة والتي جاءت ضمن الوجبات اليومية الواسعة التناول لدى المبحوثين قبل إصابتهم بالمرض المزمن.

ولقد إتجه صنف من البحوثين للإجابة عن تناول البيض ونال هذا النوع من التغذية المرتبة الخامسة وبنسبة تقدر بـــ11.81%، أما بالنسبة للمبحوثين الذين إتجهت إجابتهم لتناول أكلة السمك، التي إحتلت المرتبة السادسة فقد قدرت النسبة لديهم بـــ07.14%، وإلى هنا تأتي مكانة ورتبة (الرتبة السابعة) إحدى أغذية الوقاية وهي الخضر والفواكه من ضمن إجابات المبحوثين للوجبات الأساسية والواسعة الإستهلاك، حيث قدرت النسبة لهذا النوع الغذائي الوقائي بـــ07.07%، ويبقى موقف للمبحوثين إنحصر في المرتبة ما قبل الأخيرة وجاء يخص إستهلاكهم لمادة اللحوم الحمراء (لحم البقر، الخروف، ...الخ) وبنسبة تقدر بـــ06.92%، أما في الأخير فقد جاء دور المبحوثين الذين تحدد موقفهم في الإجابة عن إستهلاك مأكولات أخرى وبنسبة تقدر بـــ03.14%، ومن المكانات والرتب المسجلة لإستهلاك المبحوثين لأطعمة الوقاية تظهر المشكلة بوضوح، والتي تعني تدني مستوى أطعمة الوقاية والطاقة المكونة من الأطعمة الغنية بالألياف كالحبوب والخضر والفواكه، وكما لوحظ حول القيمة الغذائية والفوائد الصحية التي تحتويها الحبوب كالفول والفاصولياء والحمص والعدس وسائر الحبوب الصحية، التي تأكل لبابا وقشرا مع بعضهما البعض، جميعها مأكولات غنية بالألياف من أحسن ما يكافح الإصابة بأمراض العصر وبخاصة ضغط الدم، السكري وأمراض القلب، وهذه حقيقة قد تم الإسهاب فيها سابقا[1] * أما الحقيقة الثانية المرتبطة بفائدة الخضر والفواكه والدور الذي تلعبه في حماية الصحة من الإصابة بالمرض المزمن، فلا تختلف الدراسات في الأوساط الطبية والإجتماعية على أن هذه الأخيرة (الخضر والفواكه)، بالإضافة إلى كونها شبه خالية من الدهون والسعرات الحرارية فإنها ذات فائدة عظيمة لتأمين الألياف الطبيعية والعناصر المغذية لجسم الإنسان، وتساهم بفعالية في تعديل نظام الحمية الغذائية، كما أنها تتضمن مواد نباتية تقلل من خطر الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية، لذلك ينصح الأطباء بإستبدال الأطعمة الغنية بالدهون (العادية والمصنعة) بتناول الخضر والفواكه، وهذه أحسن طريقة لتحسين النظام الغذائي من دون التقليل من كمية الأطعمة المستهلكة، وبالطبع بدون صلصات دهنية، وتشير العديد من الأبحاث إلى أن التغذية السليمة لتأمين حماية الأفراد من إرتفاع الضغط الدموي هي تلك التغذية التي يتم إستهلاك ضمنها المزيد من الحبوب والخضر والفواكه، وفي المقابل التقليل من إستهلاك فيها اللحوم والدواجن والأسماك، وينصح بإستهلاك حصص أو وجبات من

* أنظر في عنصر حدوث التغير في عادات التغذية وحالات تأثير ذلك على الإصابة بالمرض المزمن ، المطلب الأول من هذا الفصل، الباب الثاني للدراسة الميدانية .

الخضر والفواكه، بإعتبار هذا النوع من التغذية يمثل الفيصل بين البروتينات النباتية والحيوانية، وبذلك فهي تقلل أكثر من الدهون الحيوانية وتوفر كما هائلا من الألياف والبوتاسيوم والمغتريوم المرتبطان بتخفيض ضغط الدم عند الفرد.[1] وفي هذا الصدد أجريت دراسة مؤخرا في جامعة هارفارد على عينة مكونة من واحد وثلاثين ألف (31.000) فرد من متوسطي العمر والمسنين، وتوصلت إلى أن الذين تناولوا منهم الفواكه بكميات ضعيفة كانوا هم الأكثر عرضة للإصابة بالضغط الدموي المرتفع، وبنسبة بلغت 46% خلال السنوات الأربعة مقارنة بالأفراد الذين تناولوا ما يعادل 4 تفاحات من الليف يوميا، كما إكتشفت هذه الدراسة أن الألياف الموجودة في الفاكهة تتمتع بتأثير مضاد لفرط الضغط الدموي أكثر بشكل كبير مقارنة بالليف الموجود في الخضر والحبوب، كما توصلت إلى حقيقة هامة مفادها أن نشأة مضادات التأكسد التي تحتويها الفواكه والخضر هي التي تعمل بطريقة غير مباشرة على إفراز مادة تشبه الهرمون، توسع من الأوعية الدموية وتحفظ الضغط الدموي، والسبب الآخر هو إحتوائها الفيتامين C الذي يلعب دورا وقائيا وفعالا ضد هذا النوع من المرض المزمن.[2]

وهناك دراسة أخرى قد أثبتت أن التفاح والمواد الغنية بالليف الذؤوب تعمل على تخفيض مستويات الكلسترول، الأمر الذي إكتشفه الباحثون الفرنسيون على عينة من الرجال والنساء في منتصف عمرهم، عندما أضافوا لهم تفاحتين يوميا إلى نظامهم الغذائي العادي خلال شهر فهبط معدل الكلسترول LDL عند80% منهم وبمعدل يزيد عن 10% عند 50 منهم، كما إرتفع الكلسترول HDL، وكان تأثير التفاح المتناول عند النساء أحسن، حيث إنخفض الكلسترول لديهم بمعدل 30%.[3] ونفس الفاعلية توجد في الخضر كالسبانخ والجزر وغيرها، مما يوفر عناصر غذائية كالبوتاسيوم والصديوم ...إلخ.[4] ونظرا لهذه الفوائد الكثيرة للخضر والفواكه على حد سواء فينصح الأطباء والمختصين في شؤون التغذية ممن تمت مقابلتهم أثناء القيام بالدراسة الميدانية بمستشفى مصطفى باشا بعدم التركيز على نوع واحد، بل يجب الحصول على الأغلبية العظمى من أنواع الخضر والفواكه، لأنها عظيمة الفائدة والنفع للجسم، ولا يمكن هنا إغفال دور الوعي الغذائي من جهة والحالة الإقتصادية من جهة أخرى، فلقد تمت مصادفة خلال إجراء الدراسة الميدانية حالات قد صرح أصحابها وهم من مختلف الفئات الإجتماعية بأنهم لا يدركون أهمية وفائدة هذا النوع من الأطعمة الوقائية، حيث صرح عدد غير قليل منهم بهذه العبارة "أنا كنت ناكل اللي جات مانحوسش نفهم حتى مرضت"، منهم من فئة إجتماعية مسيورة الحالة المادية و لم يهتمو بهذه الأطعمة، أما من الذين كانوا من الفئات الفقيرة فقد أرجعوا عدم إهتمامهم بهذه الأطعمة إلى الدخل الشهري الذي لا يكفي لشرائها، وللإشارة فإن هذا النوع من الأطعمة (الخضر والفواكه)، هي من المنتجات الموسمية مما

---

(1) شيلدون شيبس، ضغط الدم المرتفع، الإجابات الشافية لعلاج ضغط الدم المرتفع والوقاية منه، ترجمة: مركز التعريب والبرمجة، الدار العربية للعلوم، بيروت، ط1، 2000، ص 91.

(2) جين كاربر، المرجع السابق، ص 94 .

(3) نفس المرجع، ص 62 .

(4) نفس المرجع، ص 96 .

يجعل البعض غير قادر على إقتنائها في غير موسمها نظرا لإرتفاع أسعارها، ولا شك أن هناك أسباب تصرف الإهتمام من طرف العديد من الأفراد، ومن ذلك التقاليد والعادات الخاطئة التي رسخت في ذهنية الفرد الجزائري أن الفواكه مثلا أطعمة ثانوية وكمالية ولا يهم عدم تناولها، ومن السهولة التخلي عنها حتى قال أحد المبحوثين " أن الديسار ما يدير والوا على هذا ما نشريهش " لذلك تشير الملاحظة اليومية إلى أنه يوجد الكثير من الأشخاص الذين يتناولون هذه الأطعمة ولا يدركون فائدتها في المجتمع الجزائري *[1]

جدول رقم (61) :يبين عادات تناول المأكولات المقلية الأكثر إستهلاكا من طرف المبحوثين قبل إصابتهم بالمرض المزمن .

المأكولات المقلية الأكثر إستهلاكا لدى المبحوثين قبل إصابتهم بالمرض المزمن .	التكرار	النسبة %
البطاطا	149	42.33
الفلفل	30	08.52
البيض	46	13.07
الطماطم	25	07.10
اللحوم الحمراء بأنواعها	13	03.69
اللحوم البيضاء بأنواعها	44	12.5
السمك	38	10.80
مأكولات أخرى*	07	01.99
المجمـــــــــــــــــــوع	** 352	100

* ملاحظة: تتمثل مأكولات مقلية أخرى في: السبانخ، الحلويات المقلية .

** العدد 352 يمثل إجابات المبحوثين بنعم فقط للمأكولات المقلية الأكثر إستهلاكا.

إن التدقيق في ملاحظة نتائج الجدول الذي يبين عادات تناول المأكولات المقلية الأكثر إستهلاكا وشيوعا لدى المبحوثين قبل إصابتهم بالمرض المزمن يبين أنه قد تم تسجيل أولى المراتب لهم في تناولهم لأكلة البطاطا المقلية(les frites)، وبنسبة عالية قدرت بـــ42.33%، ويأتي بعد ذلك موقف المبحوثين الذي إنحصر في تناول أكلة البيض مقليا، وبنسبة تقدر بـــ13.07%، ثم يحتل المرتبة الثالثة موقف المبحوثين الذي إنحصر في تناولهم اللحوم البيضاء بكل أنواعها وبنسبة تقدر بـــ12.5%، وعلى الرغم من أن السمك غير متوفر في جميع الأماكن والأوقات وفي الأغلب الأحوال يكون باهظ الثمن، إلا أن تناوله لدى المبحوثين سجل نسبة معتبرة قدرت بـــ10.80% مقارنة بالنسب الأولى، ولقد سجلت أكلة الفلفل المقلية لدى المبحوثين نسبة

* لمزيد من المعلومات، أنظر معطيات الجدول الذي يبين معدل إستهلاك الخضر والفواكه، في دراسة تمت في المجتمع الجزائري، المطلب الثالث، المبحث الأول، الفصل الثالث، الباب الثاني للدراسة النظرية .

تقدر بـــ08.52%، أما أكلة الطماطم المقلية فقد سجلت نسبة أقل تقدر بـــ07.10%، و لم تسجل اللحوم الحمراء المقلية وبكل أنواعها لدى المبحوثين إلا نسبة تقدر بـــ03.69%، وأخيرا جاءت المأكولات المقلية الأخرى لدى المبحوثين تسجل نسبة ضعيفة تقدر بـــ01.99% .

يبدوا من خلال النتائج السالفة الذكر أن هناك إنتشار واسعا لعادة الطهي وتحضير العديد من الأطعمة بطريقة القلي (باستخدام الزيوت) وبخاصة لمادة البطاطا، التي تصنف ضمن المواد الغذائية الغنية بالنشويات والبروتينات وتعتبر البطاطا بالتسمية الأخرى البطاطس من أغنى الخضروات في قيمتها الحرارية، إذ يستخرج من الثمرة الواحدة متوسطة الحجم حوالي 127.5 سعر حراري، لأجل ذلك كانت تسمى في المجتمع الإنجليزي بملكة الخضروات، بينما يعتقد البعض بأنها تزيد في سر الجمال، ومن فوائدها الصحية أن كل 100غ من البطاطا تحتوي على 75% ماء، و20% نشويات، و2%بروتين، و2% مواد شبه زلالية، 12% أملاح معدنية أهمها : 0.7ملغ كالسيوم، 1.7ملغ حديد، و56ملغ فوسفور، وقليل من البوتاسيوم وفيتامين (أ، ب1، ب2)، وتحتوي أيضا على نسبة عالية من فيتامينات (ج) تصل إلى 26ملغ، وتوجد بدرجة عالية نسبة هذا الفيتامين في الطبقة التي تلي القشرة الخارجية مباشرة، وتقول الأبحاث في شأنها أنها كلما كانت طازجة كلما إرتفعت نسبة فيتامين (ج) مع العلم أن تقشيرها يفقد جزءا كبيرا من هذا الفيتامين، والأحسن أن تسلق في الماء بدلا من تقشيرها بالسكين ثم تأتي عملية نزع القشرة، والأحسن أيضا أن تغلى في الماء والحرارة، لأنها لا تتأثر ولا تفقد شيء من قيمتها.[1]

وهذا يعني أن عملية القلي تفقد البطاطا العديد من الفوائد الغذائية هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى فإن عملية القلي للبطاطا تزيد من التفاعل الكيماوي بين ما تحتويه هذه الثمرة من مكونات دهنية وبين الزيت المستعمل في هذه العملية، والذي يحتوي بدوره على مواد كيماوية وكربوهيدراتية، الأمر الذي يرفع من نسبة الدهون عند إستهلاكها، ويزيد من تعقيد أضرارها الصحية، بالإضافة إلى الأحماض الدهنية التي تفرزها هذه العملية، لذلك ينصح الأطباء –ممن تمت مقابلتهم- بعدم الإكثار من هذه المادة الغذائية في حالة الطهي بالقلي وتمنع منعا باتا على المصابين بأمراض القلب والشرايين وضغط الدم والسكري، ومن الناحية الإجتماعية يمكن تفسير إقبال الأفراد على غذاء البطاطا أو لعادة الطهي التي إنتشرت في أوساط العائلات الجزائرية، والتي تقحم البطاطا في كل وجبة غذاء، إلى جانب وفرتها بنوعيها البيضاء والحمراء في السوق الجزائرية، وكذا ثمنها المعقول خاصة في موسمها فهي لحم الفقراء كما عبر عنها أحد المبحوثين المستجوبين، أما بالنسبة للإكثار من إستهلاكها بطريقة القلي فيرجع بالدرجة الأولى إلى ذوقها وسهولة تحضيرها، وبالرغم من بعض إيجابياتها إلا أنها تبقى تحمل أضرارا كما سبقت الإشارة إلى ذلك، وترفع من نسبة الأحماض الذهنية في جسم الإنسان، مما تساهم في ظهور الإصابة بعدة أمراض مزمنة، ولعل إستعمال زيت القلي عدة مرات هو من يضاعف خطورتها، كما أن للحرمان المادي أو للوفرة المادية دور في زيادة إتباع هذه العادة الغذائية الضارة، سواء تعلق الأمر بقلي البطاطا أو المواد الغذائية الأخرى كاللحوم الحمراء

[1] محمد محمود عبد الله، الصحة والغذاء، دار الجيل، بيروت، ط1، 1996، ص 53 .

والبيضاء...الخ، فالفاقة والحاجة إليها تعتبر وضعية مادية تدفع بالأفراد إلى ممارسة هذه العادة إعتقادا بذلك توفير قسطا من المادة الدهنية للوجبة الغذائية، الأمر الذي يتنافى تماما مع القواعد الصحية المعروفة في مجال الطهي السليم، وحتى ذوي الوفرة المادية فطريقة طهو الطعام المفضلة لديهم هي القلي بإستعمال السمن أو الزيت، وكما سبقت الإشارة إليه لا يخفى على أحد أثر الطهو في زيادة المحتوى من السعر الحراري للغذاء، بالإضافة للأضرار الناجمة عن إضافة قدر كاف من الدهن إلى جميع الأطعمة عند طهيها سواءا كانت خضروات كالبطاطا أو لحما...الخ .

المطلب الثالث:عادات الأطعمة العصرية والدخيلة على المجتمع وآثارها على إنتشار المرض المزمن .

إن التغير الذي طرأ على عادات وممارسات الأفراد الغذائية لم ينحصر في النقلة النوعية نحو إستهلاك الأطعمة الدهنية والمصنعة، ولكن الجديد الذي طرأ في هذا التغير هو أيضا ما تعلق بكثرة وتوفر ما يسمى بالوجبات الحديثة وكذا الوجبات الخفيفة والسريعة في الشوارع والأزقة (fast-food) وبجميع أنواعها كالبيتزا، الكريم والمربى، الهامبورغر ومختلف السندويشهات ...الخ، ويتوفر هذا النوع من الأطعمة الجديد حتى في المطاعم العامة، هذا بالإضافة إلى توفر المرطبات المصنعة، التي لم يكن الفرد الجزائري يتناولها إلا في الأعياد والمناسبات البعيدة، والعناصر المكونة لهذا المطلب ستكشف مدى تغلغل هذه العادات والممارسات الغذائية الدخيلة والجديدة بين أفراد عينة الدراسة، وما مدى فعاليتها ضمن المسببات الكامنة وراء إنتشار أمراض العصر المزمنة كالضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب؟ .

جدول رقم (62) :يبين جنس المبحوثين وعلاقته بإستهلاك المأكولات الخفيفة والسريعة بكثرة في الشارع قبل الإصابة بالمرض المزمن.

إستهلاك المبحوثين من عدمه للمأكولات الخفيفة في الشارع بكثرة / الجنس	نعم	لا	المجموع
ذكور	83 %40.29	123 %59.71	206 %100
إناث	163 %69.66	71 %30.34	234 %100
المجمـــــــــــــوع	246 %55.91	194 %44.09	440 %100

جدول رقم (63) :يبين أهم المأكولات الخفيفة والسريعة المستهلكة من طرف المبحوثين في الشارع بكثرة قبل إصابتهم بالمرض المزمن .

أهم المأكولات الخفيفة المستهلكة في الشارع بكثرة	التكرار	النسبة %
البيتزا	78	31.71
المحاجب	19	07.72
الهومبرغر	09	03.66
السندويشهات بأنواعها	56	22.76
المرطبات بكل أنواعها	27	10.97
المكسرات بكل أنواعها	15	06.10
كرنتيكا	38	15.45
مأكولات أخرى **	04	01.63
المجمـــــــــــوع	* 246	100

* ملاحظة يمثل هذا العدد مجموع إجابات المبحوثين بنعم فقط والتي تركزت حول أهم المأكولات الخفيفة والسريعة التي تناولوها في الشارع.

** تتمل مأكولات خفيفة أخرى في اللحوم بأنواعها المدخنة .

في ضوء نتائج الجدول رقم (62) يتضح أن موقف المبحوثين قد مال نحو تصريحهم بنعم لإستهلاكهم بكثرة المأكولات الخفيفة والسريعة في الشارع (Fast-Food)، قبل إصابتهم بالمرض المزمن وذلك بأعلى نسبة قدرت بـــ55.91% مقابل نسبة قدرت بـــ44.09%لموقفهم المعارض لتناول هذه الأكولات، غير أن الأمر يختلف بين الجنسين فقد تم تدعيم الموقف المؤيد لإستهلاك هذه المأكولات، بنسبة عالية قدرت بـــ69.66% هي لجنس الذكور، مقابل نسبة قدرت بـــ30.34% لنفس الجنس من الذين رفضوا القول بإستهلاك هذه المأكولات، أما بالنسبة لجنس الإناث فيبدوا أن موقفهن المؤيد لم يسجل سوى نسبة 40.29% مقارنة بموقفهن الرافض لذلك، والذي سجل أعلى نسبة قدرت بـــ59.71%، ويرجع السبب هنا إلى كون النساء أغلبهن ماكثات في البيت أو منشغلات بأمور الأبناء ولا تتاح لهن الفرصة مثل الرجال لتناول هذه الأطعمة.

كما أن نتائج الجدول رقم (63) الذي يمثل أهم المأكولات المستهلكة الخفيفة في الشارع بكثرة لدى المبحوثين، يظهر أن أعلى نسبة قدرت بـــ31.71%، قد عادت إلى المبحوثين الذين تمركزت إجباتهم على أكلة البيتزا كأكلة خفيفة وعصرية أصبح يعرفها الأفراد الجزائريين بمختلف شرائحهم، ثم تأتي نسبة ثانية معتبرة تقدر بـــ22.76% هي للمبحوثين الذين توجهت إجاباتهم إلى تناول السندويشهات السريعة بكثرة،

وهناك نسبة ثالثة لا تقل إعتبارا من سابقتها تقدر بـــ15.45% جاءت تمثل المبحوثين الذين إنحصرت إجاباتهم في أكلة الكرنتيكا، وهكذا تستمر النسب المتبقية في التنازل، والتي تمثل المأكولات الخفيفة الأخرى التي كان يستهلكها المبحوثون بكثرة في الشارع ويمكن ترتيبها على النحو الآتي : نسبة 10.97% لأكلة المرطبات بكل أنواعها، نسبة 7.72% لأكلة المحاجب، نسبة 06.10% للمكسرات بكل أنواعها، نسبة 03.66% لأكلة الهومبرقر، وأخيرا نسبة 1.36% لمأكولات خفيفة أخرى .

إن هذه العادة الغذائية الدخيلة على أفراد المجتمع تضاف إلى العادات الغذائية السيئة والسالفة الذكر، غير أن الشيء الذي يميزها هو الطابع التجاري والربح السريع بالنسبة للبائعون ومروجوها، الأمر الذي يرفع من خطورتها الصحية، بالإضافة إلى أنها أطعمة تحتوي على مواد غذائية مسمنة غالبا، وبخاصة الدهون فهي معرضة للتلوث والفساد أكثر من غيرها، وحتى وإن كانت تأكل سخنة فإن إستعمال الزيوت عدة مرات وقلة النظافة في الطهي يجعلها أكثر خطرا على الفرد المستهلك .

إن أكلة البيتزا التي برزت أكثر من حيث تناولها بين المبحوثين يصنفها المختصون في شؤون التغذية والأطباء –الذين تمت مقابلتهم ميدنيا- ضمن العادات الطعامية المسمنة، نظرا لمكوناتها التي تحتوي نسب عالية من العجائن وصلصات الدهون، وبالتالي فهي مصدر قوي للسعرات الحرارية، وعادة ما تأكل هذه الأخيرة كشيء إضافي بعد الوجبات الأساسية مما يجعلها تمثل طاقة إضافية بالنسبة للجسم، والتي يخزنها الجسم في شكل دهون وشحوم تحت الجلد وبين الأحشاء وهذه هي السمنة بعينها، ونفس الملاحظة تقال عن الأطعمة الخفيفة الأخرى التي تناولها المبحوثون والتي وردت ضمن القائمة السابقة، وبخاصة ما يتعلق بالسندويشهات التي أصبح بعض الأفراد يجعلون منها إحدى الوجبات اليومية بما في ذلك البيتزا، ولعله صدق من قال من المبحوثين بأن جيل هذا العصر هو "جيل السندويشهات"

إن خطورة هذه العادة الطعامية تزداد بين الأفراد الذين يستهلكون قدرا أكبر مما يصرفون من الطاقة، وهم عادة الذين يشتغلون في مكاتب أو وظائف مكتبية ويضيق وقتهم لتناول وجبات عادية، فيلجؤون إلى هذه الوجبات السريعة والخفيفة التناول ولكن -إن صح القول- سريعة الضرر على الصحة والإصابة بالمرض المزمن.

ومن الجدير بالذكر أن الجوانب الإجتماعية والثقافية والنفسية لها صلة وثيقة بإنتشار عادات الإستهلاك التي لم تكن موجودة في المجتمع الجزائري منذ زمن قريب، ومما لا شك فيه أن هذه الجوانب قد إرتبطت بصورة مباشرة بعمليات التغير الإجتماعي والتحديث والتحضر والتمدن، فالظروف النفسية على سبيل المثال والتي تدفع لإستهلاك هذه الأطعمة، إرتبطت بمعطيات ثقافية وإجتماعية وليدة الإتصال المباشر بعادات التغذية في المجتمعات الغربية، والتي إنتشرت بشكل رهيب في المجتمع الجزائري في هذه السنوات الأخيرة، ويتبعها في ذلك إنتشار حتى طرق وسبل الترويج لها في الشوارع والأزقة، حيث أصبحت نفسية الأفراد لا تقوى عن تناول هذه الأطعمة أمام عروضها المغرية وروائحها المنبعثة في الهواء الطلق، وكل هذا على حساب صحة الأفراد، ولعل ما زاد الأمر تعقيدا هو إرتباط هذه العادات الطعامية بالرمز والمكانة الإجتماعية، حيث

أصبحت سلوكا للتباهي وبخاصة في الصالونات التي تحضرها وتقدمها جاهزة، وعلى الرغم من أضرارها البارزة من حيث الذوق والمتاعب التي تسببها مباشرة بعد تناولها كإنتفاخ القولون، إلا أن هناك من أفراد العينة من صرح بأنه أصبح مدمن على تناولها، حيث صرح أحدهم قائلا : " أنا نحب ناكول البيتزا رغم أنها تضرني " وقال آخر: " أنا ناكل البيتزا ولو نموت " وهذا يعني نقص الوعي الغذائي وضعف نفسية الأفراد عاملان يلعبان دورا فعالا في إنتشار مثل هذه العادات الطعامية في المجتمع، وهذا على الرغم من أن الأطباء ينصحون بتجنب هذه العادات الغذائية السيئة، وأنها من أهم مسببات أمراض العصر مثل الضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب .

جدول رقم (64) :يبين أصل المأكولات التي كان يتناولها المبحوثين بكثرة في المترل وخارجه قبل إصابتهم بالمرض المزمن.

أصل المأكولات المتناولة بكثرة قبل الإصابة بالمرض المزمن في المترل وخارجه	التكرار	النسبة %
مأكولات غربية الأصل من حيث الإستهلاك المباشر	86	19.55
مأكولات محلية الأصل من حيث الإستهلاك المباشر	94	21.36
مأكولات حديثة حسب طريقة الطبخ	179	40.68
مأكولات تقليدية حسب طريقة الطبخ	81	18.41
المجمـــــــــــــــوع	440	100

إن معطيات الجدول تبين أن هناك تعدد في أصل المأكولات المتناولة لدى المبحوثين قبل إصابتهم بالمرض المزمن، سواء تعلق الأمر بأصل هذه العادات الطعامية من حيث الإستهلاك المباشر الذي يعني التحضير الجزئي لها (كالأطعمة المكررة والمكيفة والمفورة...)، ومن هذه الأطعمة منها ما هو من أصل محلي ومنها ما هو من أصل أجنبي، كما أن هناك عادات طعامية ترتبط أيضا بالمأكولات المتناولة قديما وحديثا، وتختلف من حيث طرق الطبخ في تحضيرها ومن هذه العادات ما هو نافع وما هو ضار بصحة الأفراد، الأمر الذي صرح به المبحوثين حول هذه النماذج الطعامية، وأبرز نسبة عالية سجلت لديهم تقدر بـــ40.68% هي لمأكولات حديثة من حيث طريقة الطبخ، مقابل نسبة تقدر بـــ21.36% لمأكولات محلية الأصل من حيث الإستهلاك المباشر، ونسبة تقدر بـــ19.55% لمأكولات غربية الأصل أيضا في الإستهلاك المباشر، وأخيرا تأتي نسبة تقدر بـــ18.41% هي لمأكولات تقليدية من حيث طريقة الطبخ .

إن تصريحات المبحوثين التي إنحصرت بأعلى نسبة في العادة الطعامية المتعلقة بالمأكولات الحديثة من حيث طرق الطبخ، تعتبر دليل آخر يكشف بدوره عن التوجه نحو إستهلاك ما هو حديث وما هو جديد من عادات الطبخ أو الطهي، وفي المقابل التخلي عن التقاليد العتيقة في مجال التغذية، والتي كانت لا تخلوا من الحبوب والألياف، وهذا يعني أن الترويج لبعض نماذج وطرق الطبخ الحديثة عبر مجلات وكتب الطبخ ووسائل الإعلام قد برزت تأثيراتها في هذا الصدد، فحسب تصريحات المبحوثين معظم هذه الأغذية الحديثة، وطرق طهيها يتم مزجها بمقادير عالية من الدهون، والمواد المغذية الدسمة والأملاح، ومما أقر به المبحوثون أنه في بعض الوجبات لا يدركون حتى ما يتناولون من أغذية، نظرا لحداثتها وتجددها المستمر حتى قال أحدهم " ديما نصيب ماكلة جديدة على المايدة مانعرفش قاع أصلها وفصلها منين" وقال آخر : " المرأة كل مرة تجيبلي ماكلة جديدة"، وهنا يظهر من تصريح هؤلاء أن المرأة لعبت دورا بارزا في مسألة تحديث غداء أفراد العينة، ولعل إعتماد التنوع في المأكولات، والتنوع في الأذواق والنكهات التي تفتح الشهية للقطع والبلع، جميعها عوامل مؤهبة لزيادة مقدار الطاقة مما يحتاجه جسم الإنسان، وتخزين الفائض منها يزيد بدوره من إحتمال التعرض لظاهرة الإصابة بالسمنة والأمراض المزمنة كضغط الدم، داء السكري وأمراض القلب .

إن الإنفتاح الإقتصادي الذي عرفة المجتمع الجزائري في السنوات الأخيرة كان له دور فعال في بلورت العديد من عادات التغذية الحديثة وإنتشارها، فلم يكن في الماضي الفرد الجزائري يتحدث بكثرة عن بعض النماذج من أطعمة المجتمعات الأخرى وكيفيات وطرق تحضيرها، كالحلويات الشرقية وبعض الأكلات الإسبانية كالبايلا والصلصا...الخ، ولكن في الوقت الراهن يتوفر المجتمع على عدة أماكن للتكوين فيما يخص أحدث المأكولات العالمية والعصرية.

إن طرق الطهو الصحية للأغذية السليمة ناتجة في الغالب عن إختيار المقادير الجيدة وتحضيرها، فليس هناك طرائف غير إعتيادية أو معقدة للطهو الصحي، وإنما الصعوبة تكمن في بعض الحالات في التخلص من العادات السيئة المكتسبة خلال عملية الطهو، كما لا يعني أن إستهلاك الأغذية الصحية البقاء أكثر في المترل، بل يمكن للفرد تناول وجبات شهية عند زيارة المطاعم العامة، وذلك بطلب بعض المأكولات الصحية التي تحتويها لائحة بعض المطاعم، وبخاصة منها تلك التي تخصص لائحة للأطعمة الطبيعية، كما يمكن للفرد أن يطلب تقليل الملح أو المواد الدهنية المستخدمة في الطهو .

وليس من الضروري أن يكون كل ما يتناوله الأفراد غنيا بالمواد الغذائية أو الألياف إذ لا بأس من تناول بعض المأكولات الغنية بالدهون وملح الطعام ولكن من حين لآخر -كما يقول الأطباء الذين تمت مقابلتهم أثناء الدراسة الميدانية بمستشفى مصطفى باشا، مصلحتي أمراض القلب والسكري-، لأن الأمر الأهم أن تطغى المأكولات المفيدة (الأغذية الليفية)، والمعتدلة من هذه العناصر الغذائية (الخضر والفواكه) على غيرها من المأكولات الأخرى، ومع مرور الزمن ستتحول هذه المقاربة الصحية إلى عادة صحية، أيضا والعادات الصحية والسليمة ترسخ في نفس البشرية مثلها مثل ترسخ العادات السيئة.

جدول رقم (65) :يبين جنس المبحوثين وعلاقته بمكان تناولهم لمعظم وجباتهم الغذائية قبل الإصابة بالمرض المزمن .

مكان تناول المبحوثين لمعظم وجباتهم الغذائية / الجنس	في المطاعم العادية	في المترل	في المطاعم الفارهة	في مطعم مؤسسة العمل	مكان آخر*	المجمـــــوع
ذكور	152 %73.79	31 %15.05	07 %3.40	15 %07.28	01 %0.48	206 %100
إناث	16 %6.84	186 %79.49	02 %0.85	29 % 12.39	01 %0.43	234 %100
المجموع	168 %38.18	217 %49.32	09 %2.05	44 %10	02 %0.45	440 %100

* ملاحظة: يتمثل مكان آخر للتناول المبحوثين معظم وجباتهم اليومية في مكان العمل الخاص مثل الدكان أو محلات البيع الأخرى .

يتضح من معطيات الجدول أن إتجاهه العام يتجه نحو المبحوثين الذين كانت إجاباتهم قد تركزت في تناول معظم وجباتهم الغذائية في المترل، وذلك بنسبة قدرت بـــ49.38%، مقارنة بنسبة 38.18%، ممن كانت معظم وجباتهم الغذائية في المطاعم العادية، ونسبة 10%، ممن كانت وجباتهم الغذائية تتناول في مطعم المؤسسة، أما نسبة الذين كانت وجباتهم تتناول في المطاعم الفارهة فلم يسجلوا سوى نسبة قدرت بـــ02.05%، وفي الأخير توجد نسبة تقدر بـــ0.45% هي لمن كانوا يتناولون معظم وجباتهم في مكان آخر

وعند توظيف متغير الجنس الذي يلعب دورا مهم في تحديد مكان تناول معظم وجبات أفراد العينة، يتضح أيضا أن هناك تعزيزا بارزا لموقفهم الذي إنحصر في تناول طعامهم بكثرة في المترل، وذلك من طرف جنس الإناث وبأعلى نسبة قدرت بـــ79.49% مقابل أدنى نسبة تقدر بـــ0.43% لمكان آخر لتناول طعامهن، أما الذكور فقد سجلوا نسبة قدرت بـــ15.05% لمكان تناول وجباتهم الغذائية في المترل، مقابل تسجيل لهم نسبة ضعيفة تقدر بـــ0.48% هي لمكان آخر.

إن التفاوت الذي برز لصالح جنس الإناث مقارنة بجنس الذكور في تناول معظم الوجبات الغذائية في المترل أمر طبيعي يرجع عادة لظروف عمل الرجال، التي تحتم عليهم غالبا اللجوء إلى أماكن معينة كالمطاعم العادية لأجل التكيف مع العمل، أما الإناث ففي أغلب الأحيان تتواجدن بالمترل مما يفرض عليهن تناول وجباتهن في منازلهن، ما عدا المرأة العاملة التي تلجأ إلى تناول وجباتها في أماكن أخرى إن كانت بعيدة عن مترلها.

إن المسألة لا تتعقد بشكل أكبر في تناول الوجبات الغذائية في المترل، وإنما في أماكن أخرى كالمطاعم العادية التي سجلت نسبة معتبرة وبخاصة لدى جنس الذكور، والمشكلة لا تكمن في وجود هذا النوع من محلات تناول الوجبات الغذائية، وإنما في العادات الحديثة المنبثقة من تقليد السلوكيات الغذائية في المجتمعات الغربية، والتي تبناها الفرد الجزائري وأحيانا العائلة بأكملها تحبذ تناول بعض وجباتها في هذه المطاعم، ومما لا شك فيه أن الأطعمة التجارية تختلف عن الأطعمة المحضرة والمقدمة في المترل – كما سبقت الإشارة إليه – فعادة ما يبالغ القائمون على طهي وتحضير الوجبات الغذائية في هذه المطاعم من إضافة المواد الدسمة (الدهون، الشحوم...)، حتى ينجذب إلى مأكولاتهم الزبائن، وهذه ظاهرة ملاحظة للعيان عند الإقتراب من أي مطعم، فرائحة الشحوم تشم من بعيد، ناهيك عن قلة ثقافة الطهي وإستخدام الزيوت المكررة...الخ، ولعل قلة الرقابة، عدم توفر الشروط الصحية، نقص مستوى التكوين في الطبخ، كلها عوامل تزيد من تفشي تدهور هذه المحلات التي يزورها العديد من الأفراد يوميا، ولكن تبقى الثقافة الغذائية للفرد هي الموجه الرئيسي عند إعتياد مثل هذه المطاعم .

وفي هذا الصدد يحذر الأطباء الذين تمت مقابلتهم ميدنيا من الإكثار من المأكولات الغنية بالدسم، التي تحضر وتقدم ضمن الوجبات اليومية، بإعتبارها تمثل مصدرا هاما من مصادر الأضرار الصحية وظهور الإصابة بأمراض العصر المزمنة كالضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب .

المطلب الرابع: تدني مستوى الثقافة الغذائية الوقائية وإنعكساتها على ظهور الإصابة بالمرض المزمن .

إن الثقافة الغذائية الوقائية تمثل جزءا مهما من الثقافة الصحية العامة، فهي تعني تجنب كل ما يؤدي إلى إضطراب الغذاء وعلاقته بسلامة وكفاية جسم الإنسان، من حيث عدم تجاوز إحتياجات الجسم من الغذاء اليومي، والقيمة الغذائية للأطعمة وعناصرها، ومراعاة إحتياجات الجسم، العمر الوظيفة والوزن، وأيضا حسب ظروف الإنسان الإجتماعية والإقتصادية والبيئية.

وكما هو معروف في الأوساط الطبية والدينية والإجتماعية أن الوقاية خير من العلاج، فكل مادة أو أجزاء منها يستعملها الإنسان للأكل أو الشرب ما عد العقاقير الطبية والماء هي مادة تستعمل في تركيب طعام الإنسان أو تحضيره، وتشمل الأملاح، السكريات، التوابل وغيرها، وزيادة كميات هذه العناصر والمواد عن الحدود اللازمة للجسم، ترفع من إحتمال الإصابة بأمراض عديدة كضغط الدم، داء السكري وأمراض القلب، لذلك سيتم التطرق في سياق هذا المطلب إلى الإنعكسات الصحية الناجمة عن الإكثار من تناول ملح الطعام، الإكثار من تناول الحلويات أوالمأكولات والمشروبات الغنية بالسكريات، بالإضافة إلى بعض العادات الطعامية الضارة كعدم إنتظام البرامج الغذائية وآثارها الصحية على الإصابة بهذه النوعية من الأمراض المزمنة

جدول رقم (66) :يبين تناول المبحوثين وبكثرة للوجبات الغذائية المقلية وعلاقته بتناولهم بكثرة للمأكولات الغنية بملح الطعام قبل إصابتهم بالمرض المزمن.

تناول بكثرة الوجبات الغنية بملح الطعام / تناول بكثرة الوجبات المقلية	نعم	لا	المجموع
نعم	311 %88.35	41 %11.65	352 %100
لا	38 %43.18	50 %56.82	88 %100
المجمـــــــــــــــوع	349 %79.32	91 %20.68	440 %100

تكشف نتائج الجدول رقم (66) الذي يبين أثر علاقة تناول بكثرة المبحوثين للوجبات الغذائية المقلية بتناولهم أكثر للمأكولات الغنية بملح الطعام قبل إصابتهم بالمرض المزمن أن أعلى نسبة تقدر بـــ79.32%، قد عادت لموقفهم المتمركز على الإجابة بنعم لتناولهم وميلهم بكثرة للمأكولات الغنية بملح الطعام قبل إصابتهم بالمرض المزمن، وهذا مقابل أدنى نسبة تقدر بـــ20.68%، عادت إلى موقف المبحوثين الموجه إلى الإجابة بالنفي لتناولهم وميلهم للمأكولات ذات الكمية العالية من الملح .

ويدعم الموقف الأول المؤيد لتناول أوميل المبحوثين لحالة الأطعمة العالية الملوحة بنسبة عالية أيضا، تقدر بـــ88.35% هي لمن كانوا يكثرون من تناول المأكولات المقلية مقارنة بالنسبة الدنيا، والتي قدرت بـــ11.65% لمن كانوا يرفضون تناول بكثرة المأكولات المقلية، أما بالنسبة للذين أيدوا الإكثار من تناول ملح الطعام و لم يؤيدوا الإكثار من تناول المأكولات المقلية، فقد سجلت لهم نسبة تقدر بـــ43.18%، مقابل نسبة 56.82% لمن رفضوا الحالتين معا .

وما يمكن إستخلاصه من هذه النتائج الإحصائية الواردة في الجدول هو أنه أكثر ثلثي أفراد العينة كانوا يميلون أو يكثرون من ملح الطعام في وجباتهم الغذائية، وخاصة منها المقلية التي عادة ما تكون الأملاح ضرورية في طهيها، وحتى في تحسين ذوقها ونكهتها، وهذه عادة غذائية سيئة ترفع من خطورة الإضطرابات الغذائية على صحة الأفراد وإصابتهم بالمرض المزمن كضغط الدم، داء السكري وأمراض القلب، وتعد قضية الملح وعلاقته بهذه الأمراض المزمنة، وبخاصة إرتفاع ضغط الدم الذي يمثل عامل خطر بدوره للإصابة بأمراض القلب من أبرز القضايا الصحية، التي رفعت أصوات المنظمات الصحية منذ السبعينيات لدعوة الأفراد الذين يعانون من إرتفاع في ضغط الدم، وللتقليل من كميات الملح في الوجبات الغذائية، ولقد جاءت هذه الإرشادات بعد دراسات عديدة أثبتت أن التقليل من ملح الطعام يمكن أن يؤدي

إلى تخفيض إرتفاع ضغط الدم وبالخصوص لدى الشخص الذي يعاني من الحساسية للصوديوم.[1] وهنا من المفيد الإشارة إلى أن الصوديوم موجودا في ملح الطعام وعنصر أساسي من الأملاح المعدنية، يضاف إلى عناصر أخرى غير عضوية يحتاجها جسم الإنسان بنسب متفاوتة، تساهم في النمو والحيوية ومن أهم هذه الأملاح المعدنية على غرار مادة الصوديوم التي توجد في أصناف عديدة من الطعام كالخضر، الفواكه واللحوم...الخ، ويوجد الكلور ويكون عادة متحدا مع الصديوم، البوتاسيوم، الكالسيوم، الحديد، اليود الفسفور، الفلور.[2] وبالعودة إلى الصوديوم الموجود في الأطعمة التي يتناولها الأفراد بكثرة وكذا غالبية الأطعمة الطبيعية، التي تحتوي على نسب هامة من الصوديوم، يظهر أن هناك مصادر لهذا العنصر متعددة، حيث يحتوي الماء الشروب على نسبة منه تقدر بـــ1% وتقدر نسبة ملح الطعام بـــ11% وتوجد نسبة تقدر بـــ11% في أصل الأطعمة، وتبقى النسبة العالية والتي تقدر بـــ77% في الأطعمة المعالجة.

وهنا يمكن القول أن معظم ملح الطعام يوجد في الأطعمة بعد معالجتها لبيعها تجاريا (الأطعمة المصنعة والمعلبة)، أو حتى عند تحضيرها في المترل، حيث تكشف دراسة أن حوالي 70% من إجمالي الملح في الراتب الغذائي يأتي من الأغذية المعالجة.[3] والملح الذي يتمثل في (كلور الصديوم) يعد من أبرز مصادر الصوديوم فهو يتكون من 40% من الصوديوم و60% من الكلور، وللإشارة فإن الفرد لا يحتاج إلا كحد أدنى من 500ملغ من الصوديوم يوميا، وهذا يعني أقل بقليل من ربع ملعقة شاي من ملح الطعام، غير أن معظم الأفراد يبالغون في تناوله، حيث يصل تناولهم لهذا الملح إلى ثلاث ألاف وأربع ألاف ملغ يوميا، وتعتبر الكلى هي المصفاة التي تقوم بتعديل الصوديوم في الجسم فإذا إنخفظت مستوياته تقوم بتخزينه، أما إذا إرتفعت مستوياته فتطرحه مع البول، ولكن المشكلة تكون في حالة زيادته عن مستوياته، حيث تعجز الكلية عن التخلص من الملح، وبذلك يبدأ بالترسب في الدم مما يؤدي إلى زيادة حجم الدم عندما يجذب الماء ويحتبسه، وفي هذه الحالة يعجز القلب عن بذل مجهود مضاعف لأجل ضخ الدم في الأوعية الدموية، الأمر الذي يرفع من الضغط على الأوعية الدموية ويتعب عضلة القلب.[4] وهذه العضلة هي المحرك الأساسي للجسم، وقد يطرح مشكلة أكبر تؤدي أيضا إلى أمراض القلب والكلى والرئتين والكبد، وهذه جميعها أمراض تجعل الجسم عاجزا على تعديل الملح، ونظرا لإختلاف الأجسام مع الملح فإن هناك حوالي 40% يعانون من حساسية تجاه الملح وهم مصابون بإرتفاع في ضغط الدم، كما أن الأشخاص المصابين بالسكري هم أيضا يعانون أكثر من الحساسية عند زيادة مستويات الصوديوم لديهم.[5] وربما تلعب العوامل الوراثية دورا في هذه الحالات ، ويعني ذلك أن هناك نسبة من المرضى بالضغط الدموي المرتفع لديهم حساسية مفرطة للتغير في كمية الملح في الطعام، أو بالأحرى فإن الضغط يرتفع بسرعة في حالة زيادة كمية الملح في

(1) شيلدون شيبس، المرجع السابق، ص 107 .

(2) صلاح الدين محمد أبو الرب، مقدمة في صحة المجتمع، دار حنين، عمان، ط1، 1996، ص 122.

(3) جين كاربر، المرجع السابق، ص 102 .

(4) شيلدون شيبس، المرجع السابق، ص 108.

(5) نفس المرجع، ص ـص 108-109.

الطعام وينخفض بنفس السرعة في حالة التقليل منه، ولقد بينت دراسات إبدميولوجية عديدة أن الحساسية للملح ترتفع مع التقدم في السن، لأجل ذلك فكبار السن هم الأكثر تأثرا بكمية الملح في الطعام المضافة، كما أثبتت هذه الدراسات أن الجنس الأسود أو الزنجي يكون أكثر حساسية للملح مقارنة بالأجناس الأخرى، ولقد توصلت كذلك إلى أن الفشل الكلوي يتأثر بكمية الملح في الطعام وحتى السكري.[1] ومن نواحي عديدة أخرى تشير الدراسات إلى أن إستهلاك الملح بكميات كبيرة في بعض المناطق دون الأخرى كالمناطق الساحلية، يؤدي إلى إنتشار مرض الضغط الدموي كما هو الحال بالنسبة لسكان القرى الساحلية في شمال اليابان الذين يعتمدون في غذائهم الأساسي على السمك المملح وزيت الصويا الغني بالملح، حيث يصل إستهلاكهم اليومي لملح الطعام حوالي 40غرام وهو ما يقارب أربعة أمثال من نسب الإستهلاك في معظم المجتمعات، وتعرف هذه القرى بإرتفاع معدلات الإصابة بمرض الضغط الدموي على مستوى العالم.[2] وهذا يعني أن هناك صلة وثيقة لإرتفاع ضغط الدم مع زيادة كميات الملح المستهلك، إن معظم الباحثين متفقون على أن الغذاء المتوازن هو الغذاء الجيد وهو حاسم في الحفاظ على الصحة العامة للأفراد والمجتمع، وكما لوحظ مع أفراد العينة من خلال الدراسة الميدانية بمستشفى مصطفى باشا أنهم صرحوا بأن تناولهم بكثرة للمأكولات الغنية بملح الطعام سواء كانت هذه المأكولات معالجة أو مصنعة أو أضافوا كميات من الملح في وجباتهم العادية، قد رفعت من تنبيه جسمهم وقلقهم المستمر، على الرغم من أنهم شعروا بإثارة وسرور في المدى القريب من تناولهم لهذه الأطعمة، إلا أنهم تعرضوا فيما بعد إلى أضرار وإذاء مع الإستهلاك المتواصل.

إن تدني مستوى الوعي الغذائي هو من عمق هذه المشكلة لدى هذه الشريحة من أفراد العينة في المجتمع الجزائري، إذ يلاحظ مثلا لدى زائري مطاعم الشواء يطلبون إضافات من الملح من إرادتهم، على الرغم ما يضاف من كميات هائلة من طرف القائمين على المطاعم وحتى في المنازل، وعلى الرغم من الدور الذي يلعبه العامل الديني في هذه المسألة أي التنبيه من مخاطر زيادة كميات الملح والسكر معا بعد سن الأربعين، حيث الكثير ممن صادفتهم الدراسة يتذكرون الحديث المنسوب إلى النبي صلى الله عليه وسلم، الحامل في معناه التحذير من زيادة إستهلاك كل من الملح والسكر وخاصة بعد سن الأربعين، ولكن هيهات من حيث تطبيق هذا الحديث الشريف في الواقع المعيش، ولعل للعوامل الطبيعية والبيئية في المجتمع دور هام في زيادة نسبة الملوحة بالنسبة للمياه الصالحة للشرب والطهي، وتفاعل ذلك بشدة الإنعصاب والقلق لدى الأفراد، التي تزيد من تحريك الضغط الدموي لديهم، وفي هذا الصدد قام الباحث " محمد عيسى" بدراسة حول التأثير الفزيولوجي للمياه العالية الملوحة على الإنعصاب في المجتمع الجزائري، وتوصل إلى أن هناك تفاعل بين نوعية المياه المالحة وزيادة درجات الإنعصاب والقلق لدى الأفراد، وهذا نتيجة لشرب هذه المياه

(1) محمد محسن إبراهيم، المرجع السابق، ص 25 .

(2) نفس المرجع، ص 24.

التي تسبب التغيرات الإستقلابية الداخلية للجسم.[1] وهذا يعني أن ما يتوفر عليه المجتمع الجزائري من مناطق عالية الملوحة قد تساهم إلى جانب عادات الإستهلاك السيئة المحبذة لوجود الملح بشكل كبير في الأطعمة في الرفع من ظهور الإصابة بمرض الضغط الدموي وما يصاحبه من أمراض أخرى، ولأجل ذلك ينصح الأطباء تجنب الأطعمة والمأكولات ذات المصدر الرئيسي للملح، وهي الأطعمة المعلبة والأطعمة المحفوظة والمجمدة والأكولات الجاهزة وسريعة الإعداد خارج المترل مثل البيتزا، الجبن والأطعمة المدخنة ...الخ .

وتدعيما للتحليل السابق يمكن تأكيد مدى وجود علاقة بين تناول أو ميل المبحوثين بكثرة للوجبات الغذائية المقلية وتناولهم أو ميلهم بكثرة للمأكولات الغنية بملح الطعام، وذلك من خلال إستخدام معامل الإرتباط المسمى بمعامل الإقتران والذي قدر بـــ0.81%، مما يعني أن هناك علاقة طردية قوية بين المتغيرات المترجمة في إطار تصريحات أفراد مجتمع البحث الذين كانوا يكثرون من المأكولات المقلية وفي نفس الوقت يكثرون من ملح الطعام .

جدول رقم (67) :يبين البرنامج الغذائي المتبع لدى المبحوثين وعلاقته بإكثارهم من المأكولات والمشروبات الغنية بالسكريات قبل إصابتهم بالمرض المزمن.

الإكثار من تناول المأكولات والمشروبات الغنية بالسكريات / البرنامج الغذائي المتبع	نعم	لا	المجموع
البرنامج الغذائي: فطور، غداء، عشاء	139 %77.22	41 22.78	180 %100
عند الإحساس بالجوع دون وقت محدد	219 %89.75	25 %10.25	244 %100
برنامج آخر*	13 %81.25	03 %18.75	16 %100
المجمـــــــــــــــوع	371 %84.32	69 %15.68	440 %100

*ملاحظة: يتمثل برنامج غذائي آخر في : الحمية الغذائية، تغذية خاصة لمن كانوا يعانون من أمراض أخرى ويتناولون أدوية وعقاقير طبية .

إن معطيات هذا الجدول تشير إلى أعلى نسبة والمقدرة بـــ84.32% لإتجاهه العام، تمثل موقف المبحوثين الذين أقروا بنعم لتناولهم المأكولات والمشروبات الغنية بالسكريات قبل إصابتهم بالمرض المزمن وهذا مقابل أدنى نسبة مقدرة بـــ15.68%، والتي تمثل الموقف الآخر للمبحوثين والمعارض لتناول الأطعمة والمشروبات السكرية، وهناك تعزيز بارز لموقف المبحوثين المؤيد لتناول الأطعمة والأشربة السكرية، من خلال برنامجهم الغذائي الذي إنحصر في أعلى نسبة تقدر بـــ89.75%، والتي تمثل صنف البرنامج الغذائي المتبع في حالة الإحساس بالجوع دون وقت محدد، وهذا بالمقارنة مع النسبة الصغرى التي قدرت

(1) محمد عيسى، التأثير الفيزيولوجي للمياه عالية الملوحة على الإنعصاب (دراسة ميدانية)، مجلة الوقاية والأرغنوميا، مجلة نفسية، إجتماعية، صحية، مخبر الوقاية والأرغنوميا، جامعة الجزائر، الجزائر، العدد1، 2007، ص 129.

بـــ10.25%، والتي تمثل موقف المبحوثين المعارض لهذا البرنامج الغذائي، ثم تأتي نسبة تقدر بـــ81.25% لموقف المبحوثين المؤيد والمعزز لبرنامج غذائي آخر، مقابل نسبة تقدر بـــ18.75% لموقف المبحوثين المعارض لنفس البرنامج، وأخيرا تأتي نسبة 77.22% تخص موقف المبحوثين المؤيد والتي تمثل البرنامج الغذائي فطور، غداء، عشاء، مقابل نسبة تقدر بـــ22.78% لموقف المبحوثين المعارض والممثلة لتطبيق نفس البرنامج الغذائي.

ويظهر جليا أن هناك علاقة بارزة بين عدم تنظيم برنامج غذائي لدى المبحوثين وإكثارهم من تناول المأكولات والمشروبات الغنية بالسكريات، وكما سبقت الإشارة إليه عن علاقة الإفراط في التغذية وما تحتويه من سكريات وكربوهيدرات ونشويات وإرتفاع في مستوى الكلسترول، والتفاعل بين هذه العناصر الذي يرفع من زيادة ظهور الإصابة بالسمنة والضغط الدموي، السكري وأمراض القلب، وجميعها أدلة تبين آثار الإكثار من تناولها ورفع مستوى الكلسترول في الدم عن طريق الرفع من نسبة السكر في الدم، الذي يرفع بدوره من زيادة الكلسترول الضار في الدم (الغليسريدات الثلاث).[1] لذلك مما تجب معرفته لتفادي الوقوع في هذه المشكلة هو الإجراءات الوقائية والعلاجية التي ينبغي تبنيها، وهي ترتيب نمط غذائي متوازن كما من حيث مستوى السكريات الموجودة، وبخاصة في الأطعمة المعالجة والمصنعة والمشروبات المحلاة بالسكريات (الشكولاطة، البسكويت، العصائر...إلخ)، كل ما حول الأفراد من هذه الأخير مصنع ومليء بالسكر المكرر اللذيذ، وإلى جانب هذا الأخذ بعين الإعتبار النشاط الجسمي اليومي الذي يحرق الطاقة الزائدة من السكريات في الجسم .

ولعل من أهم الأسباب التي تجعل الأفراد يفرطون في تناول السكريات تلك العادات الغذائية السيئة، التي إنتشرت في المجتمع الجزائري أثناء إقامة الحفلات والمناسبات والولائم، حيث أصبحت توزع الحلويات والمشروبات كأطعمة مضافة، إلى جانب أطباق تكون غنية بدورها بالنشويات والجلوكوز في أغلب الأحيان، بالإضافة إلى العادة المسماة بالتحلية لدى البعض، فالكثير من الأفراد من يعتقد بهذه العادة من باب التضامن والإندماج الإجتماعيين حتى أصبحت مبالغ فيها، حيث صرح أحد المبحوثين " أنا كنت نضل نحلي ولي نتلقاه نقولو أرواح تحلي " وهذه التحلية تحتوي إما مرطبات مكررة بالسكر اللذيذ أو مشروبات مملوءة بالسكر المكرر أيضا، كما يلاحظ أن النظام الغذائي غير المتوازن قد جعل العديد من الأفراد ممن يتعرضون للخلل في كميات السكريات المتناولة والتي تترسب في جسم الإنسان، ولا يستطيع إفرازها نظرا لتراكمها وتعاظمها على البنكرياس خلال 24 ساعة، فحسب تصريح المبحوثين فإنهم لم يكونوا يأكلوا ثلاث مرات فقط في اليوم : الإفطار، الغداء والعشاء، وإنما كانوا يتناولون أيضا الوجبة العصرية ووجبات خفيفة أثناء العمل أي كانوا يأكلون طيلة اليوم وخلال كل أيام السنة، كما أن عامل الوعي الغذائي الذي يبدو أنه مغيب في الغالب بين الأفراد، الأمر الذي زاد من حجم المشكلة.

[1] عبد العزيز الشريف، القلب وأمراضه، مركز الأهرام للترجمة والنشر، القاهرة، ط1، 1989، ص 83.

إن الفرد يضيف إلى وزنه الكثير من السعرات الحراية عندما يستعمل الأطعمة السكرية، لأنها من أغذية الطاقة النقية، وبالتالي فإن إنتشار عادات شرب الشاي والقهوة في المجتمع الجزائري، تزيد معها فرصة الحصول على كميات كبيرة من السكريات، وكذلك إستعمال الحلويات العربية والشرقية وشبيهاتها من السكاكر التي يرتفع إستهلاكها في المجتمع الجزائري بشكل مدهش، والتي تتكون أساس من مصادر الطاقة وهي الطحين والسكر والدهن.

وبإستخدام أحد معاملات الإرتباط وهو كا^2 والذي تم تقديره من خلاله كا^2 المحسوبة بـــ12.42 عند درجة الحرية 02، ومستوى الخطأ 0.05، في حين تم تقدير كا^2 المجدولة بـــ05.99، إتضح أن هناك دلالة إحصائية بين متغيرات الجدول أي بين البرنامج الغذائي المتبع والإكثار من تناول المأكولات والمشروبات الغنية بالسكريات.

المطلب الخامس: مدى مساهمة التغير في عادات التغذية في إنتشار المرض المزمن.

لقد أثبتت العديد من المؤشرات المرتبطة بالغذاء من عادات سيئة وعرف إجتماعي وتقاليد إرتبطت بدورها بتحضير وإعداد الأطعمة، وتم التأكد من حدوث تغير بارز في التغذية وتبعيتها نحو كل ما هو جديد ومسمن دون وعي بأضرار ذلك الصحية، كما ظهر تدني إدراك ثقافة الأفراد الغذائية وغير الكافية للوقاية من الإصابة بمرض الضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب، وهذا يستدعي معرفة حدود ونطاق مساهمة هذه الإضطرابات، التي مست أهم ناحية من نواحي حياة أفراد العينة وصحتهم وهي التغذية في ظهور الإصابة بهذه النوعية من الأمراض العصرية المزمنة .

جدول رقم (68) :يبين تقييم المبحوثين لعادات تغذيتهم قبل إصابتهم بالمرض المزمن وعلاقته برأيهم في مدى مساهمة هذه العادات في إصابتهم بالمرض المزمن.

رأي المبحوثين في مدى مساهمة عادات تغذيتهم في إصابتهم بالمرض المزمن / تقييم المبحوثين لعادات غذائهم قبل إصابتهم بالمرض	كليا	جزئيا	لم تساهم	المجمـــــــوع
تناول بكثرة المأكولات والمشروبات الغنية بملح الطعام والسكريات	16 %28.57	26 %46.43	14 %25	56 %100
التغير في عادات التغذية نحو المشبع منها بالدهون والمصنع	12 %13.64	49 %55.68	27 %30.68	88 %100
الإفراط في التغذية بكل أنواعها	48 %27.75	90 %52.02	35 %20.23	173 %100
نقص كبير في التغذية الوقائية	38 %39.17	31 %31.96	28 %28.87	97 %100
عادات الطهي السيئة	03 %11.54	02 %07.69	21 %80.77	26 %100
المجمـــــــــــوع	117 %26.59	198 %45.0	125 %28.41	440 %100

لقد أسفرت نتائج الدراسة من خلال معطيات هذا الجدول التي تبين تقييم المبحوثين لحالات التغير في عادات غذائهم قبل إصابتهم بالمرض المزمن، وعلاقة ذلك بمدى مساهمتها في إصابتهم بالمرض المزمن الذي يعانون منه، أن هناك أعلى نسبة قدرت بـــ45% جاءت تمثل المبحوثين الذين إنحصر موقفهم التقييمي في صنف المساهمة الجزائية للعادات الغذائية في إصابتهم بالمرض المزمن، مقابل نسبة قدرت بـــ28.41%، والتي جاءت تمثل موقف المبحوثين التقييمي الذي تمركز في عدم المساهمة لهذه العادات الغذائية في إصابتهم بالمرض المزمن، أما المبحوثين الذين كان موقفهم التقييمي يندرج في صنف المساهمة الكلية لعادات التغذية في إصابتهم بالمرض المزمن، فقد قدرت النسبة لديهم بـــ26.59% .

أما فيما يخص تقييم المبحوثين لعاداتهم الغذائية وتأثيراتها في مسألة مستويات المساهمة في إصابتهم بالمرض المزمن، فيظهر تدعيما بأعلى نسبة تقدر بـــ55.68% لموقف المبحوثين المنحصر في المساهمة الجزئية، وذلك من خلال حالة التغير في عادات التغذية نحو المشبع منها بالدهون والمصنع، وهذا مقابل أدنى نسبة قدرت بـــ13.64% من نفس الموقف وللمساهمة الكلية، وفي نفس سياق المساهمة الجزائية جاءت نسبة تقدر بـــ52.02% لعادة الإفراط في التغذية بكل أنواعها وهذا مقابل أدنى نسبة تقدر بـــ20.23% هي لموقف المبحوثين الرافض لهذه المساهمة، ويستمر تعزيز موقف المساهمة الجزئية بنسبة قدرت بـــ46.43% هي لعادة تناول المبحوثين بكثرة للمأكولات والمشروبات الغنية بملح الطعام والسكريات، وهذا مقابل أصغر نسبة تقدر بـــ25% للموقف المعارض، ولنفس حالة التغذية، ويبقى موقف المساهمة الجزئية مدعما بنسبة قدرت بـــ31.96% لعادة النقص الكبير في التغذية الوقائية (الأغذية الليفية كالحبوب والخضر والفواكه)، مقابل أصغر نسبة لنفس العادة تقدر بـــ28.87% هي للموقف المعارض وللحالة نفسها، وأخيرا لم تسجل تقييمات المبحوثين لعادات الطهو السيئة المدعمة لموقف المساهمة الجزائية إلا سوى نسبة 07.69%، مقابل نسبة 11.54% للمساهمة الكلية

وإنطلاقا مما سبق ذكره يمكن القول أن للتغير في عادات وممارسات التغذية تأثيرات حتى وإن كانت جزئية وعلى جوانب التغير في هذه العادات المختلفة، وبخاصة نحو التغير بإتجاه إستهلاك الأطعمة الدهنية والمصنعة وكل ما يؤدي إلى الرفع من وزن جسم الأفراد، وبالمقابل يقلل من وقايته وحمايته، ومن ثم يجعله أكثر عرضة للإصابة بمرض الضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب*[1]، وفي هذا الصدد لا يستهان أيضا بالنسبة المعتبرة التي سجلت للمساهمة الكلية لوضعية المبحوثين الطعامية في إصابتهم بالمرض المزمن، خاصة وأن هؤلاء من صرح بتصريحات جازمة حول تأثير وضعه الغذائي ومن ذلك : " أنا كنت غير ناكل وناكل كل شيء حتى خلصتها غالية " وأيضا " أنا سباب مرضي هي الماكلة"، وهذا يعني أن كثرة تناول الطعام الضار بالصحة تعتبر عامل خطر آخر يضاف إلى العوامل المرتبطة بأحد هذه الأمراض، وذلك نتيجة توفر كمية كبيرة ومعتبرة من هذا الطعام أمام الأفراد وعلى الموائد وإختلاف أنواعه، وبالأخص لدى من

* [1] لمزيد من المعلومات، أنظر التغير في نمط التغذية وتأثيره على إنتشار الأمراض المزمنة، المطلب الثالث، المبحث الأول، الفصل الثالث، الباب الأول للدراسة النظرية.

يملكون المال الوفير، حيث يصرفون قدرا هاما منه للتمتع بلذته دون مراعاة آثاره الصحية، ومن وجهة نظر أخرى توجد جذور نفسية للنهم أو الشراهة في إستهلاك هذا النوع من الأطعمة وغيرها عند البعض وأغلبهم من الفقراء، حيث تكثر بينهم الإحباطات والمشاكل اليومية الحياتية، وللإشارة فإن الإفراط في تناول الأغذية الدهنية والمسمنة وما إلى ذلك هي ذات أسباب نفسية باتت منتشرة في المجتمع الجزائري الذي أصبح يعرف التنافس في كل المجالات، فهي تعتبر نوع من التعويض عن حالات الفشل والإخفاقات لدى فئات المجتمع المختلفة وحتى المعاناة أحيانا .

كما أصبحت هذه العادات الطعامية تمثل سببا لإستجلاب السرور لدى البعض الآخر للتباهي وإثبات المكانة الإجتماعية، الثقافية والإقتصادية (الإستهلاك الرمزي) هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى للتخفيف من الشعور بالألم ومرارة الحياة أو صورة لتحويل الأهداف أو الآمال، التي عجز الفرد عن تحقيقها في تناول الطعام كنوع من الإنتصار الوهمي، وقد ترتبط هذه العادات الطعامية أيضا بالإرتداد أو النكوص والرجوع إلى المرحلة الفمية وهي مرحلة الطفولة، حيث يستمد الطفل شعوره باللذة من الرضاعة والطعام، وهناك مشكلات عديدة في هذا المنوال منها البطالة، إضطراب العلاقات الأسرية والعائلية، ولعل من أهم أسباب هذا الوضع الغذائي المضطرب هو الجهل الغذائي، إن صح القول، الذي يترافق مع تدني المستوى التعليمي وإنتشار الأمية في المجتمع، فعلى الرغم من أن منافع الغذاء بارزة في تحقيق سلامة الصحة الجسمية والنفسية والعقلية للأفراد، وعلى الرغم أنهم جميعا يعملون لتحقيق أول هدف لهم وهو الحصول على الغذاء النافع، وعلى الرغم من إنتشار أمراض سوء التغذية بكثرة في المجتمع الجزائري، والتي تعكس الجهل الغذائي، فإن لا الأفراد ولا الأسر ولا المجتمع لم يعط للغذاء والتغذية قدرهما من الإهتمام على كل المستويات، وكما سبقت الإشارة إليه فإنه أيا كان أبو المرض فإن التغذية السيئة أمه .

ولإظهار مدى إرتباط متغير تقيم المبحوثين لعاداتهم الغذائية قبل إصابتهم بالمرض المزمن بمتغير رأيهم في مساهمة هذا الأخيرة في إصابتهم بالمرض المزمن الذي يعانون منه، قد تم إستخدام معامل الإرتباط وهو معامل التوافق الذي وجد أنه يقدر بـــ0.71 وهذا يعني وجود علاقة طردية قوية بين المتغيرين السابقين .

المطلب السادس : المعاناة من السمنة ونوعية الإصابة بالمرض المزمن.

إن زيادة حجم الجسم والمعانات من السمنة تعد من الأسباب الرئيسية المؤهبة للإصابة بأمراض مثل ضغط الدم، السكري وأمراض القلب، الأمر الذي تشير إليه العديد من الدراسات الإبدميولوجية، ولعل ما يزيد من تعقيد المشكلة هو أن السمنة في حد ذاتها تعد مرضا، ومسببا في آن واحد لهذه النوعية من الأمراض لذلك فالتخلص من الوزن الزائد يعتبر من الإجراءات الوقائية الهامة، كما أن التأكد من فاعلية البرنامج الغذائي في حدود إحتياجات الجسم تمثل رعاية خاصة تدخل أيضا ضمن البرنامج الوقائي من مرض السمنة وما يصاحبها من أمراض مزمنة أخرى قد تتفاوت تأثيراتها في ذلك من مرض لآخر، وعلى هذا الأساس فمن المهم جدا معرفة مستوى معاناة أفراد العينة من مرض السمنة ونوعية الإصابة بالمرض المزمن .

جدول رقم (69): يبين جنس المبحوثين ومعاناتهم من السمنة قبل إصابتهم بالمرض المزمن وعلاقة ذلك بنوع المرض المزمن الذي يعانون منه .

نوع المرض المزمن		مرض الضغط الدموي	مرض السكري	أمراض القلب	مرض الضغط الدموي ومرض السكري	مرض الضغط الدموي وأمراض القلب	مرض السكري وأمراض القلب	مرض ضغط الدموي والسكري وأمراض القلب	المجموع
الجنس	المعانات من السمنة من عدمها								
ذكور	نعم	17 %13.08	37 %28.46	53 %40.77	09 %06.92	02 %01.54	03 %02.31	09 %06.92	130 %100
	لا	09 %11.84	16 %21.05	21 %27.63	10 %13.16	12 %15.79	03 %03.95	05 %06.58	76 %100
	المجموع الجزئي	26 %12.62	53 %25.73	74 %35.92	19 %09.22	14 %06.80	06 %02.91	14 %06.80	206 %100
إناث	نعم	53 %39.26	26 %19.26	24 %17.78	15 %11.11	07 %05.18	- -	10 %7.41	135 %100
	لا	29 %29.30	21 %21.21	11 %11.11	21 %21.21	03 %03.03	02 %02.02	12 %12.12	99 %100
	المجموع الجزئي	82 %35.04	47 %20.09	35 %14.96	36 %15.38	10 %04.27	02 %0.86	22 %09.40	234 %100
المجمـــــوع الكلي		108 %24.55	100 %22.73	109 %24.77	55 %12.5	24 %05.45	08 %01.82	36 %08.18	440 %100

تهدف نتائج هذا الجدول الذي يبين جنس المبحوثين ومعانتهم من السمنة قبل إصابتهم بالمرض المزمن وعلاقة ذلك بنوعيته إلى معرفة كيفية تحول العادات السيئة من الغذاء الزائد إلى السمنة، التي تعتبر في أغلب الحالات كنتاج لإضطراب الوضع الغذائي أو تناول كميات غير محدودة من الأغذية المسمنة، ومدى مساهمة ذلك في الإصابة بأمراض العصر المزمنة بمختلف أنواعها منفردة أو مجتمعة، إضافة إلى إقحام متغير الجنس لتأكيد أو نفي ما هو شائع حول إنتشار السمنة كمرض أيضا بين جنس الإناث مقارنة بجنس الذكور، وهذا قصد تفعيل الطرق الوقائية للتخفيف من آثار السمنة لكل نوع إجتماعي، ومما أسفرت عليه نتائج هذا الجدول أن هناك نسبتين عاليتين ومتقاربتين تقدر الأولى بـــ24.77% للمبحوثين الذين أصيبوا بمرض القلب، وتقدر الثانية بـــ24.55% للمبحوثين الذين أصيبوا بمرض إرتفاع الضغط الدموي، كما توجد نسبة معتبرة أيضا تقدر بـــ22.73% هي للمبحوثين الذين أصيبوا بمرض السكري، أما النسب المتبقية فتبدوا ضعيفة تأتي في شكل الترتيب التالي: نسبة 12.5% للإصابة بمرض إرتفاع ضغط الدم والسكري، نسبة 08.18% للإصابة بمرض ضغط الدم، داء السكري وأمراض القلب، نسبة 05.45% للإصابة بمرض ضغط الدم وأمراض القلب، وأخيرا نسبة 01.82% للإصابة بالسكري وأمراض القلب.

وبالعودة إلى متغيري الجنس والمعاناة من السمنة وعلاقة ذلك بالإصابة بالأمراض المزمنة التي برزت في الإتجاه العام للجدول، والمتمثلة في أمراض القلب وضغط الدم، يظهر بالنسبة لأمراض القلب أنها تتوزع بأعلى نسبة تقدر بـــ40.77% هي للمبحوثين الذين صرحوا بنعم لمعاناتهم من السمنة ومن جنس الذكور، مقابل نسبة 27.63% لمن صرحوا بالرفض من المعاناة من السمنة ومن نفس الجنس، أما بالنسبة لجنس الإناث الذين أصيبوا بنفس المرض المزمن وصرحوا بنعم للمعاناة من السمنة، فقد سجلن أعلى نسبة قدرت بـــ17.78% مقابل أدنى نسبة قدرت بـــ11.11% لمن صرحن بالرفض للمعاناة من السمنة، في حين يظهر ميل بارز للإصابة بمرض الضغط الدموي لدى الإناث مقارنة بالذكور من مجموع المبحوثين الذين يعانون من السمنة، حيث تقدر أعلى نسبة بـــ39.26% هي للذين كان موقفهم مؤيد للمعاناة من السمنة ومن جنس الإناث، مقابل نسبة تقدر بـــ29.30% من الموقف المعارض لهن تجاه المعاناة من السمنة، وهذا مقارنة بجنس الذكور الذين أصيبوا بمرض الضغط الدموي أيضا، والذين قدرت النسبة لديهم بـــ13.08% لموقفهم المؤيد للمعاناة من السمنة، مقابل نسبة قدرت بـــ11.81% لموقفهم المعارض للمعاناة من السمنة.

وللإشارة فإن النسب المسجلة لأمراض القلب والضغط الدموي وللمعاناة من السمنة لدى الجنسين من المبحوثين، إذا ما قورنت مع أدنى النسب المسجلة بالخصوص لمتغيري الجنس والمعاناة من السمنة، يظهر أنهما لم يسجلا وفي جميع الحالات إلا نسبا أضعف جاءت تخص الإصابات المرضية المجتمعة كما هو الحال بالنسبة للإصابة بمرض ضغط الدم وأمراض القلب وكذا السكري وأمراض القلب ، ويلاحظ بشكل عام أن أكثر من نصف أفراد العينة الذين أصيبوا بجميع أنواع هذه الأمراض المزمنة، قد عانوا من مشكلة السمنة ومن كلا الجنسين، غير أن هناك إرتفاع طفيف في نسب المعاناة من السمنة لدى جنس الإناث مقارنة بجنس الذكور وبالتعبير الإحصائي تقدر عدد الحالات المبحوثين الذين كانوا يعانون من السمنة عامة

بـــ265 حالة وهذا العدد يعني منوال العينة، لأنه يمثل أكبر تكرار لعدد هذه الحالات أما بخصوص عدد حالات معاناة المبحوثين حسب الجنس فقد تم تسجيل 135 حالة لدى الإناث مقابل 130 حالة لدى الذكور .

ومن خلال هذه القراءة الإحصائية يتضح أن ظهور الإصابة بمرض ضغط الدم وأمراض القلب وحتى السكري بين أفراد العينة كان من وراءه السمنة، كعامل خطر يرتبط أشد الإرتباط بكميات الغذاء المستهلكة إلى جانب العامل الوراثي إن وجد، وكما هو معروف فإن السمنة مشكلة باتت تمثل ظاهرة شائعة أكثر بعد التغير الذي حدث لنمط الحياة، عادات الأطعمة السيئة، ومنها زيادة كمية الدهون التي تعتبر كمؤشر قوي لوجود السمنة وتختلف السمنة من فرد إلى آخر، وذلك حسب العمر وأماكن تراكم الدهون بالجسم والأسباب الكامنة ورائها، وبناءا على ذلك توجد أكثر من طريقة لتصنيف الشخص السمين عن غيره، وهنا ينبغي الإشارة إلى أن أفراد العينة قد صرحوا عن معاناتهم بالسمنة بناءا على الفحوصات والتحاليل الطبية التي كشفت لهم ذلك، وكذلك بناءا على ممارساتهم وعاداتهم الغذائية ونشاطاتهم اليومية ومؤشرات أخرى كالوزن الزائد، والعمر الذي بدأت عنده السمنة في الظهور.

كما أن هناك علاقة مباشرة بين السمنة وأحد أبرز مسببات الخطورة وهو إرتفاع ضغط الدم ومضاعفاته القلبية، فلقد أثبتت دراسات إبدميولوجية عديدة على مجموعة ممن يعانون من السمنة، أن هناك تناسبا طرديا بين درجة السمنة وإرتفاع الضغط الدموي أو إنخفاظه، وأشارت إحدى هذه الدراسات إلى زيادة وزن الجسم بمعدل 15% كانت تصاحبها زيادة في ضغط الدم تعادل 18%، وفي مقابل ذلك أدى إنقاص وزن الجسم نسبة 15% إلى إنخفاض الضغط الدموي ما يعادل 10%. وقد توصلت دراسة إبدميولوجية أخرى في الولايات المتحدة الأمريكية إلى أن الزيادة في الوزن مع الزيادة في نسبة الإصابة بإرتفاع ضغط الدم وصلت إلى 5-8 مرات بالمقارنة مع الأفراد الطبعيين، وعلى العكس ظهر أن إنقاص الوزن بمعدل 8 كلغ خلال سنة واحدة قابله إنخفاض في ضغط الدم الإنقباضي وصل إلى 18مم زئبقي، وإنخفاض في ضغط الدم الإرتخائي وصل إلى 13 ملم زئبقي، كما إكتشفت الدراسة أن معدلات الضغط كانت أكثر إرتفاعا بين المسنين مقارنة بصغار السن.[1] وفي سياق علاقة السمنة وتأثيراتها على القلب فإن الزيادة في وزن الجسم تقابلها زيادة مفرطة في تضخم عضلة البطين الأيسر للقلب، بإعتبار السمنة لها آثار مؤدية إلى إرتفاع كميات الدم وكميات عدد الشعيرات الدموية، وكلاهما يؤديان في آخر المطاف إلى إجهاد عمل البطين الأيسر وتضخمه مع مرور الوقت، وقد يحدث أيضا تضخم للبطين الأيمن إذا كانت السمنة شديدة، ومن آثار السمنة الوخيمة على القلب هي هبوط القلب وضعفه الذي يؤدي إلى مرض ضعف التنفس وظهور تورم في الساقين ...إلخ، والشرايين التاجية تعتبر من الشرايين الحيوية والسمنة الشديدة تؤدي إلى إنسداد مفاجئ فيها، الأمر الذي يؤدي بدوره إلى حدوث الأزمات القلبية خصوصا إذا حدث تراكم كبير للدهون في منطقة البطن، وقد فسر العديد من الباحثين هذه الحالة بأن الإرتفاع في

(1) ماجدة عبد العالي، السمنة وأمراض الغدد، أسبابها والوقاية منها، مركز الأهرام لترجمة والنشر، القاهرة، ط1، 1998، ص 53.

الأحماض الدهنية والإرتفاع في معدلات هرمون الأنسولين في الدم يؤديان إلى إنتاج المواد الدهنية بكثرة، مما يؤدي في النهاية إلى تجلط الدم وتضييق الشرايين وإنسدادها، وما يزيد الحالة تعقيدا هو توزيع الدهون في جميع أجزاء الجسم، الأمر الذي يرفع من المضاعفات والزيادة من فرصة ظهور مرض القلب وضغط الدم والسكري.[1]

وتجدر الإشارة أيضا إلى أن العلاقة بين السمنة والداء السكري هي علاقة مزدوجة إذ إكتشفت العديد من الدراسات الإبدميولوجية أن السمنة دائما تكون مصحوبة بالداء السكري، وأن معظم المرضى السكريين من النوع الثاني يعانون بكثرة من السمنة، ولعل ما يفسر ذلك علميا أن زيادة إفراز السكر والأنسولين معا يتناسب في علاقة طردية مع وزن الجسم.

وللإشارة فإن هذه المضاعفات الناتجة عن السمنة لا تستثني الجنسين معا غير أن الهرمونات الأنثوية تلعب دورا مهما في توزيع الدهون بأنحاء الجسم المختلفة، ولعل تراكم الدهون لدى الإناث وبخاصة في الأرداف، يرجع إلى هرمون الأستروجين وهي ظاهرة معروفة بالسمنة الأنثوية دون الرجال، وقد يزداد تراكم معدلات الدهون لدى النساء في الفترة التي تسمى بفترة الحمل أي من البلوغ إلى سن اليأس، بالإضافة إلى الإفراط في الطعام ونقص ممارسة الرياضة والأعمال التي لا تتطلب الجهد العضلي بالنسبة للسيدات.[2]

ومما لا شك فيه فإن إنتشار السمنة بين الأفراد يرجع إلى عاملان رئيسان يتحكمان في وزن الجسم أحدهما يرتبط بكمية الغذاء وما يحويه من عدد السعرات الحرارية وهو يمثل الطاقة التي تدخل إلى الجسم (الطاقة المكتسبة)، أما العامل الثاني فيتمثل في الطاقة التي يستهلكها الجسم في التفاعلات الكيميائية وتوليد الحركة والحرارة والنشاط (الطاقة المفقودة)، وهذه الأخيرة تستند إلى طبيعة نشاط الأشخاص، ومن المعروف أيضا أن هناك عوامل كالعادات الغذائية الخاطئة والمرتبطة عادة بالنهم والشره في تناول الوجبات الغذائية، إلى جانب الإبتعاد عن ممارسة الرياضة والحالة الإقتصادية ودرجة الوعي الغذائي والتثقيف الصحي للفرد وتنمية الوعي الصحي الأسري والمجتمعي*.

ولعل ما يؤكد موقف المبحوثين حول نطاق مساهمة التغير في عادات التغذية والسمنة والإصابة بمرض الضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب، هو رأي الأطباء المختصين في شأن هذه الأمراض ومسبباتها، وهذا من خلال المقابلات التي أجريت معهم أثناء القيام بالدراسة الميدانية بمستشفى مصطفى باشا مصلحتي أمراض القلب والسكري، فلقد إتفق معظمهم على التصريح بأنه حدث فعلا تغيرا في الأنماط الغذائية، والمعيشية خلال السنوات الأخيرة في المجتمع الجزائري، الأمر الذي ظهر من خلال التوجه

---

[1] نفس المرجع السابق، ص 51.

[2] نفس المرجع، ص 34.

* ولمعرفة علاقة السمنة أكثر بالأمراض المزمنة المتسببة فيها كالضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب، أنظر السمنة وتأثيراتها على الإصابة بالأمراض المزمنة، المطلب الرابع، المبحث الأول، الفصل الثالث، الباب الأول للدراسة النظرية .

نحو الإستهلاك المفرط من الغذاء غير الصحي المشبع بالدهون والمنتشر في المطاعم الحديثة، وحتى في المنازل لدى مختلف شرائح المجتمع الجزائري الفقيرة والغنية، فأغلب المواد الغذائية المتوفرة والرخيصة الثمن غير صحية – حسب رأي هؤلاء الأطباء- فإن الإفراط في الغذاء غير الصحي يمثل عامل خطر من حيث المساهمة في زيادة الوزن والبدانة التي تؤدي بدورها إلى إرتفاع ضغط الدم، مقاومة الأنسولين، وإرتفاع نسبة الكلسترول، وأمراض الشريان التاجي...الخ .

إستنتاج الفرضية الأولى:

بعد تفسير وتحليل بيانات جداول هذه الفرضية المتعلقة بأثر التغير في عادات التغذية على إنتشار الإصابة بمرض الضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب يمكن إستنتاج النتائج التالية: لقد تبين أن أكثر من نصف المبحوثين صرحوا بتعرض عادتهم الغذائية من ناحية نوعيتها وكميتها، والأكثر إستهلاكا ضمن وجباتهم الغذائية اليومية، إلى التغير ومن حالة الأطعمة الغنية بالألياف والخالية إلى حد كبير من الدهون والكربوهيدرات والكلسترول، إلى حالة الأطعمة الغنية والمشبعة بالدهون والكربوهيدرات والكلسترول، وإنطلاقا من هذه النتيجة الهامة، والتي تبرز مدى إرتباط هذا الوضع الغذائي الجديد، يظهر جليا أنه حصل تغيرا عميقا في ممارسات وعادات الأطعمة من وجهة النوعية والكمية الطعامية الواسعة الإستهلاك لدى شريحة إجتماعية معتبرة من أفراد العينة في المجتمع الجزائري في هذه السنوات الحديثة، ولعل من المؤشرات القوية التي أكدتها نتائج التحقيق الميداني تلك النقلة النوعية، التي تضمنت تراجعا بارزا في عادات إستهلاك المواد الغذائية التي تحتوي على كميات معتبرة من الألياف، والتي تمثل عامل شبع وعامل إبطاء إمتصاص النشويات، وعامل تخليص الجسم الإنساني من السموم الطعامية المختلفة، وهذا بإعتبار الأغذية الليفية تعود إلى مصادرة نباتية كالحبوب وغيرها، وهي من صنف أطعمة الطاقة، تتميز بقلة الدهن وغنية بالمقابل بالمواد المغذية الطبيعية، أما الوجه الآخر للعملة فيظهر في ذلك الإفراط الذي برز في تناول الأغذية الدهنية (الدهون الحيوانية)، والحاوية على كلسترول الدم، والتي تدخل ضمن حاجيات الإنسان الغذائية ولكن في حدود المعقول من تناولها، بإعتبار أية زيادة عن اللزوم تشكل خطورة مرضية تؤدي في الغالب إلى تخريب الشرايين وإنسدادها، وبخاصة مع قلة لحركة والنشاط الجسماني، وتدل هذه النتيجة على أن هذا التوجه نحو نوعية الأغذية الدهنية يمثل إنعكاس لعادات إجتماعية جديدة تغلغلت في المجتمع الجزائري مع تبني سياسة التحضر والتصنيع، والتراجع عن الإهتمام اللازم بمجال الزراعة والأنشطة اليدوية التي تمثل عوامل وقائية من إنتشار هذه الأمراض المزمنة في المجتمع .

وفي سياق هذه النتيجة فإن التغير الذي لحق بعادات التغذية لدى أفراد العينة لم يقتصر على هذه النقلة التي حدثت من الأغذية الغنية بالألياف إلى الأغذية الغنية بالدهون، بل أيضا مس هذا التغير توجيه عملية الإستهلاك نحو الأطعمة المصنعة والمعلبة والتي باتت تشكل خطورة على صحة الأفراد، وتساهم في ظهور الإصابة بأمراض العصر المزمنة كضغط الدم، داء السكري وأمراض القلب، وذلك نظرا للعمليات التي تمر بها هذه الأغذية حتى تصير جاهزة للإستهلاك، فعادة ما تخضع لهضم صناعي شديد، وتفاعلات عديدة تفتح الباب لحدوث إختلالات في جسم الإنسان وتجرده من الإستفادة من أليافها، مما يسبب تراجع دور الجسم في حرق الطاقة الزائدة، خاصة وأن معظم هذه الأغذية تحتوي على السكريات والنشويات والدهون الحيوانية وفي نفس الوقت تفتقر إلى الدهون النباتية، الأمر الذي يضعف من نشاط الإنسان ويجعله أكثر عرضة للإصابة بالسمنة وما يصاحبها من أمراض مزمنة.

أما بالنسبة لتأثير عامل الوقاية ومكانته في الممارسات والعادات الغذائية، فقد أثبتت نتائج هذه الفرضية أن مستوي إستهلاك أغذية الوقاية الصحية من هذه الأمراض المزمنة كالخضر والفواكه والأطعمة الليفية الأخرى كالحبوب سجل أدنى مستوى ضمن الوجبات الغذائية اليومية والواسعة الإستهلاك، وذلك على الرغم من القيمة الغذائية والفوائد الصحية التي تحويها الخضر والفواكه والحبوب، والتي تستهلك لبابا وبقشورها نيئة ومطبوخة، وخاصة أنها خالية من الدهون والسعرات الحرارية، وهي تؤمن كمية هائلة من الألياف الطبيعية والعناصر المغذية، لذلك تصنف من أطعمة الوقاية التي تكافح وتحمي صحة الفرد من الإصابة بمرض الضغط الدموي، السكري وأمراض القلب. ولعل ما زاد من الضرر الصحي لهذه العادات الطعامية تلك الممارسات التي إرتبطت بعمليات الطهي، فقد ظهر إنتشارا واسعا لعادة الطهي بالقلي وبالأخص لثمرة البطاطا بين الممارسات الغذائية لأفراد العينة، وكما هو معروف فإن تحضير الأطعمة كالبطاطا وغيرها من وجهة النظرة الصحية يتم تصنيفها ضمن المواد الغذائية المشبعة بالنشويات والبروتينات أو الدهون، وبالتالي تحمل أضرارا صحية تزيد من معدلات الأحماض الدهنية في جسم الإنسان وتساهم في إصابته بالمرض المزمن

ومن أهم عادات الأطعمة الضارة والمتسببة لهذه الأمراض العصرية المزمنة تلك الأطعمة الدخيلة على المجتمع والمستهلكة، بكثرة فقد سجلت نسب عالية لدى المبحوثين إنحصرت في المأكولات العصرية السريعة والخفيفة المتناولة في الشارع والأزقة (Fast-Food) وفي مقدمتها البيتزا، ولا يخفى على أحد أن غالبية هذه الأطعمة العصرية بما فيها البيتزا تتعرض في عملية الطهي إلى المزج بمقادير عالية من الدهون أو ما يسمى بالسمن، إضافة إلى ملح الطعام، الأمر الذي يجعلها عادات غذائية مضرة تضيف نسب عالية من الدهن والسكريات والسموم الناتجة عن طرق الطهي المختلفة، وتزداد خطورة هذه العادة الطعامية بين الأشخاص الذين يمارسون النشاطات المكتبية، حيث تقل حركتهم مما يرفع من تأثيرها الصحي أكثر، ويرافق هذه الأطعمة العصرية ظهور طرق الطبخ الحديثة التي صرح بها غالبية المبحوثين وإنتشرت بينهم ضمن عاداتهم الطعامية الأسرية (داخل المترل)، وأيضا في المطاعم العادية التي لا تحترم في معظم المأكولات الشروط الصحية اللازمة للطبخ وتحضير الطعام، كإستعمال الزيوت المكررة عدة مرات والرفع من معدلات إستخدام المواد الغذائية الدسمة كالشحوم ...إلخ .

لقد برز ضمن نتائج هذه الفرضية عامل مهم آخر قد أقر به غالبية المبحوثين ألا وهو تدني مستوى الثقافة الغذائية الوقائية، حيث صرح هؤلاء بأنهم كانوا يجهلون مختلف القواعد الصحية المتعلقة بالتغذية كما هو الحال بالنسبة لإكثارهم من ملح الطعام والسكر المكرر في وجباتهم الغذائية، وبالخصوص في المأكولات المقلية والحلويات والعصائر المحلات بالسكر، وهذه عادة غذائية سيئة توجد من الأدلة ما تكفي في الأوساط الطبية التي تبرهن عن آثارها السلبية في حالة المستوى غير الطبيعي لها، وكذا تفاعلها مع ما تحتويه الأطعمة بمصادرها المختلفة من هذه المواد، وبخاصة يرتفع وجودها ضمن الأطعمة المعالجة والمصنعة كالأجبان بالنسبة لملح الطعام والحلويات والمشروبات المصنعة والمحلات بالسكر المكرر.

إن زيادة تناول هذه العناصر الغذائية بالتوازي مع النظام الغذائي غير المتوازن، الذي أقر به غالبية المبحوثين يضاعف من أضرار هذه الممارسات الغذائية السيئة، الأمر الذي يحدث تراكمات وترسبات على الخلايا والغدد كالبنكرياس والأوعية الدموية وحتى على مستوى عضلة القلب، وهذا يرفع من إحتمال زيادة الإصابة بالسمنة والأمراض التي تتبعها كأمراض شرايين القلب، ضغط الدم وداء السكري، ولعل ما زاد من تعقيد هذا الوضع الغذائي المتردي لدى المبحوثين، هو زيادة حجم الجسم لديهم ومعاناة أغلبهم من مشكلة السمنة التي تمثل عاملا مؤهبا حقيقيا للإصابة بمرض الضغط الدموي السكري وأمراض القلب،كما أن البدانة في حد ذاتها تمثل مرضا عصريا يعكس التغير الذي حدث لعادات الأغذية من حيث النوعية والكمية على حد سواء، والسمنة كما هو معلوم ترتبط أشد الإرتباط بعادات الأغذية التي تطغى عليها السعرات الحرارية الناتجة عن الإستهلاك الكبير لكميات الأغذية الدسمة مقابل قلة الحركة والنشاط البدني، والعامل الوراثي إن وجد .

ونظرا لدرجة تأثير تغير العادات الطعامية ومؤشراتها السلبية التي كشفت عن إستهلاك كميات معتبرة من الأغذية المشبعة بالدهون والمصنعة وطرق تحضيرها وإعدادها وتبعيتها إلى كل ما هو عصري والذي غالب ما يكون مشكلة السمنة، وذلك دون إدراك وثقافة صحية وقائية من المسببات المساهمة في الإصابة بمرض الضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب، فإن غالبية أفراد العينة إنحصر موقفهم التقييمي من وضعيتهم الغذائية قبل إصابتهم بالمرض المزمن في مساهمة ذلك الجزيئة وأحيانا الكلية لمعاناتهم من الأمراض المزمنة التي أصيبوا بها، وهذا الموقف التقييمي يعتبر مؤشر قوي قد دعم تحقيق المؤشرات السالفة الذكر ، كما هو الحال بالنسبة لعادات التغير في الأطعمة نحو المشبع منها والمصنع، نقص تناول أطعمة الوقاية كالخضر والفواكه والحبوب، الإكثار من تناول الأغذية الخفيفة والسريعة في الشارع والمطاعم العصرية منها، عادات الطهي السيئة (القلي)، تدني مستوى الثقافة الغذائية الوقائية، (الإكثار من ملح الطعام والسكريات)، البرنامج الغذائي غير المنتظم، المعاناة من السمنة...الخ، فهذه جميعها مؤشرات محققة ومكونة لفرضية الدراسة، التي هدفت إلى معرفة أثر التغير في عادات التغذية على إنتشار الإصابة بمرض الضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب .

الفصل السابع:

تدني مستوى الوعي الصحي وإسهاماته في إنتشار الضغط الدموي والسكري والقلب

- تمهيد

المطلب الأول : تدني مستوى الوعي الصحي في المجتمع وآثاره على إنتشـــار المرض المزمن .

المطلب الثاني : تدني مستوى الوعي الصحي في الأسرة وعلاقته بإنتشار بالمـــرض المزمـــن .

المطلب الثالث : إهمال معرفة التاريخ العائلي الوراثي للمرض المزمن وأثره على الإصابة به.

المطلب الرابع : قلة الوعي الصحي الوقائي وخاصة الغذائي لدى الأفراد وآثار ذلك المرضية.

المطلب الخامس:إنخفاض مقدار النشاط البدني لدى الأفراد وتأثيره على إنتشار المرض المزمن .

المطلب السادس : التـــدخيـــن وعلاقتـــه بإنتشـــار الإصابـــة بالمـــرض المزمـــن .

المطلب السابع : مدى مساهمة تدني مستوى الوعي الصحي في إنتشار بالمرض المزمن .

- إستنتاج الفرضية الثانية

تمهيد :

إن المرض ينشأ عن أسباب متعددة منها ما يرتبط بالوسط المجتمعي عامة ومنها ما يرتبط بالوسط الأسري ومنها ما يعود إلى الفرد نفسه، لذلك فتناول مجال التوعية الصحية تشترك فيه هذه الجهات الثلاثة أي المجتمع الأسرة والفرد، وبخاصة لما يتعلق الأمر بأمراض يمكن توقيها أو الحد من إنتشارها (إلا في حالات مرضية مستعصية كوجود الإستعداد أو القابلية للمرض وحتى في حالات الأسباب الخلقية الولادية)، كما هو الحال بالنسبة لمرض الضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب.

إن تبصير وتنوير أفراد المجتمع وتنمية الإدراك والوعي الصحي لديهم للوقاية من أمراض العصر المزمنة كالضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب، ينطلق من المترل (الأسرة)، المدرسة، مراكز الرعاية الصحية، المستشفيات العامة والخاصة، الإدارات المعينة الهيئات الرسمية والخاصة، بالإضافة إلى كافة وسائل الإعلام المرئية والمقروءة والمسموعة وحتى الأفراد أنفسهم مسؤولون في هذا الشأن، فكل الفاعلين يؤدون دورا فعالا في نشر الوعي والثقافة الصحية وتنمية هذا الإدراك الصحي بين الأفراد في ممارساتهم وعاداتهم المختلفة، بإعتبار هذه النوعية من الأمراض باتت ترتبط أشد الإرتباط بما ينتشر حاليا من سلوكيات وعادات دخيلة وجديدة تهدد صحة الأفراد، وتسرع من إصابتهم بالمرض المزمن (التغذية السيئة، السمنة، التدخين، كثرة الأحداث الضاغطة، تراجع ممارسة الرياضة ...) .

إن مبدأ الوقاية خير من العلاج يمثل الركن الأساسي لتفادي إنتشار الإصابة بأمراض العصر المزمنة (الضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب) لأن حدوثها يعني الإزمان والمضاعفات الخطيرة، لذلك فتشجيع أفراد المجتمع وإشراكهم في بذل الجهود لتنمية الجانب الثقافي والوقائي من الأمراض المزمنة، أصبح أمر ضروري يساهم في تغيير السلوكيات والعادات غير الصحية إلى سلوكيات وعادات صحية وتنميتها، ومن ثم الرقي بالمستوى الصحي للمجتمع، خاصة وأن الطب الحديث يكشف أنه بالرغم من تطور الأساليب الوقائية التي تحد نوعا ما من إنتشار هذه الأمراض العصرية المزمنة، إلا أنه كثير من الأفراد والجماعات السكانية لا تأخذ بهذه الأساليب الوقائية، الأمر الذي سيعالج ضمن هذا الفصل بقياس مدى تأثير مستوى الوعي الإجتماعي والأسري والفردي في إنتشار الإصابة بهذه النوعية من الأمراض المزمنة، وبمعنى آخر البحث في بعض مؤشرات تدني مستوى الوعي الصحي في المجتمع الكلي، في الأسرة وتاريخها المرضي، وعلى مستوى الأفراد أنفسهم من حيث إطلاعهم على الإجراءات الوقائية والإلتزام بها في نظام حياتهم، لتفادي الوقوع في دوامة هذه النوعية من الأمراض المزمنة .

المطلب الأول :تدني مستوى الوعي الصحي في المجتمع وآثاره على إنتشار المرض المزمن.

إن نشر الوعي الصحي على مستوى المجتمع يعني أرقى طرق الخدمات الإجتماعية التي تهدف إلى النهوض بالمجتمع من جميع جوانب الحياة، فالتربية الصحية والتثقيف الصحي إذا يستهدفان الوقوف على حاجات المجتمع الصحية ومشكلاته وحشد الإمكانيات والموارد لتنظيم إشباع هذه الحاجات، وذلك بالتعاون مع جميع أجهزة المجتمع الإجتماعية والصحية وإستخدام أساليب المشاركة في مواجهة المشكلات الصحية وأهمها مشكلة إنتشار الإصابات بالأمراض العصرية المزمنة (الضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب) .

إن اللقاءات والندوات والمحاضرات والحملات التوعوية التي تقام على الصعيد المجتمعي تستهدف توصيل معلومات صحية وقائية في جانب معين، سوءا كان للمهتمين بالصحة أو العاملين في مجال معين أو لقاءات مع عامة الناس من خلال وسائط المجتمع[1]* ،تعتبر وسيط فعال في التربية الصحية والوقاية من أمراض العصر المزمنة السالفة الذكر، وبالتالي تغيير طرق وأساليب الحياة بما يتفق والظروف المعيشية، وعلى هذا الأساس فإن تدني مستوى الوعي الصحي الإجتماعي يمثل معوقا dysfonction من معوقات النهوض بالنسق الصحي في المجتمع كما يمثل عجزا تاما لركن التربية الصحية والوقائية من هذه الأمراض المزمنة.

جدول رقم (70) : يبين المستوى التعليمي للمبحوثين وعلاقته بتلقيهم للتوعية من وسائط المجتمع حول الصحة والوقاية من الأمراض المزمنة كالضغط الدموي، السكري والقلب قبل الإصابة بها .

تلقي المبحوثين للتوعية / المستوى التعليمي	نعم	لا	المجموع
بدون مستوى	06 %04.41	130 %95.59	136 %100
إبتدائي	14 %17.5	66 %82.5	80 %100
متوسط	20 %24.39	62 %75.61	82 %100
ثانوي	40 %43.01	53 %56.99	93 %100
جامعي	23 %56.10	18 %43.90	41 %100
ما بعد التدرج	06 %75.0	02 %25.0	08 %100
المجمـــــــــــــــــــــوع	109 %24.77	331 %75.23	440 %100

* تعني وسائط المجتمع في هذه الدراسة كل الإمكانيات المادية والمعنوية المسخرة في المجتمع لتوعية الأفراد من مخاطر أمراض العصر المزمنة كضغط الدم، السكري والقلب، ومن هذه الوسائط المؤسسات التعليمية، المؤسسات الطبية العامة والخاصة، الفرق الطبية العامة والمتخصصة الجمعيات والنوادي وسائل الإعلام بأشكالها المختلفة .

جدول رقم (71) : يبين مستوى المعلومات المكتسبة لدى المبحوثين من خلال وسائط المجتمع حول الصحة والوقاية من الأمراض المزمنة كضغط الدم، السكري والقلب قبل الإصابة بها .

مستوى المعلومات المكتسبة	التكرار	النسبة %
مستوى عالي	14	12.85
مستوى متوسط	26	23.85
مستوى ضعيف	69	63.30
المجمـــــــــــــــــــــــوع	*109	100

*ملاحظة: يمثل العدد 109 مجموع إجابات المبحوثين بنعم فقط .

جدول رقم (72) : يبين إدراك المبحوثين لأهمية السلع والخدمات الضرورية للصحة والوقاية من الأمراض المزمنة كضغط الدم، السكري والقلب قبل الإصابة بها من خلال وسائط المجتمع وأهم وأبرز هذه السلع والخدمات .

أهم السلع والخدمات المدركة / الإدراك من عدمه	نوعية وكمية الغذاء	المسكن المناسب	الملابس الكافية والذوقية	توفر قسط من المال للمصاريف الصحية	إشباع الحاجات الدينية والتعليمية	سلع وخدمات أخرى *	المجمـــوع
نعم	33 %18.2	27 %14.92	44 %24.31	39 5%21.5	29 %16.02	09 %04.97	181 %100
لا	95 %36.68	125 %48.26	14 %05.41	15 %05.79	10 %03.86	- -	259 %100
المجمـــــوع	128 %29.09	152 %34.55	58 %13.18	54 %12.27	39 %08.86	09 %02.05	440 %100

*ملاحظة: تتمثل سلع وخدمات أخرى للصحة والوقاية من الأمراض المزمنة في: كماليات التغذية، الترفيه، آلات الرياضة.

لقد أسفرت نتائج الدراسة من خلال معطيات الجدول رقم (70)، الذي يمثل المستوى التعليمي للمبحوثين وعلاقته بتلقيتهم للتوعية من وسائط المجتمع حول الصحة الجيدة والوقاية من الأمراض المزمنة قبل الإصابة بها، أن هناك نسبة عالية قدرت بـــ75.23% سجلت لموقف المبحوثين الرافض لتوعيتهم أو حصولهم

على معلومات حول الصحة الجيدة والوقاية من الأمراض المزمنة من الوسائط المجتمعية، وهذا مقابل أدنى نسبة قدرت بـــ24.77%، والتي سجلت لموقف المبحوثين المؤيد لتلقيهم التوعية أو حصولهم على المعلومات في هذا الشأن.

ويبدوا أن المتغير السوسيولوجي المستقل والمتمثل في المستوى التعليمي، قد لعب دورا بارزا في توجيه وبلورت مواقف المبحوثين تجاه توعيتهم حول هذا النوع من المعلومات من وسائط المجتمع، حيث تظهر أعلى نسبة قدرت بـــ95.59% جاءت تمثل المبحوثين بدون مستوى تعليمي وتعزز موقفهم الرافض لتلقيهم التوعية أو لإكتسابهم معلومات من وسائط المجتمع، وهذا مقابل أدنى نسبة قدرت بـــ04.41% من ذوي نفس المستوى التعليمي غير أنها تمثل موقفهم المؤيد، والواضح أن النسب لمتبقية والمسجلة للموقف الرافض تستمر في التنازل كلما إرتفع المستوى التعليمي، وفي المقابل ترتفع النسب المتبقية المسجلة للموقف المؤيد كلما إرتفع المستوى التعليمي وهذا على النحو الآتي: نسبة 82.5% للمبحوثين ذوي المستوى التعليمي الإبتدائي بالنسبة للموقف الرافض، مقابل نسبة 17.5% لنفس المستوى التعليمي، غير أنها تمثل الموقف المؤيد، نسبة 75.61% للمبحوثين ذوي المستوى التعليمي المتوسط وتمثل الموقف الرافض، مقابل نسبة 24.39% من نفس المستوى التعليمي ومن الموقف المؤيد، ثم تأتي نسبة 56.99% للمبحوثين الذين لديهم مستوى تعليمي ثانوي وكان موقفهم بالرفض، مقابل نسبة 43.01% من نفس المستوى التعليمي وتمثل الموقف الموافق، وتلي ذلك نسبة تقدر بـــ43.90% تمثل المبحوثين الذين لديهم مستوى تعليمي جامعي وكان موقفهم الرفض، مقابل نسبة 56.10% لنفس المستوى التعليمي ولكنها تمثل الموقف الموافق، وأخيرا تأتي نسبة 25% للمبحوثين الذين لديهم مستوى تعليمي لما بعد التدرج، وتندرج ضمن الموقف الرافض، مقابل نسبة عالية تقد بـــ75% هي للمبحوثين الذين لديهم نفس المستوى التعليمي ولكن جاء موقفهم مؤيدا .

تظهر جليا هذه القراءة الإحصائية أن هناك علاقة إرتباطية طردية بين المستوى التعليمي للمبحوثين وموقفهم تجاه تلقيهم للتوعية أو إكتساب المعلومات الصحية الوقائية من وسائط المجتمع، حيث يتضح أنه كلما إنخفض وتدنى المستوى التعليمي للمبحوثين كلما إنخفض وتدنى معه مستوى توعيتهم وإكتسابهم للمعلومات الصحية والوقائية من وسائط المجتمع، وبالمقابل كلما إرتفع المستوى التعليمي للمبحوثين إرتفع معه مستوى توعيتهم وإكتسابهم للمعلومات الصحية والوقائية من وسائط المجتمع، هذا بالنسبة لإكتساب المبحوثين لمعلومات صحية ووقائية من الأمراض المزمنة كالضغط الدموي، السكري وأمراض القلب بشكل عام من وسائط المجتمع، أما بالنسبة لتقييم هذه المعلومات ومستوياتها من طرف المبحوثين، فمعطيات الجدول رقم (71) ستوضع أيضا علاقة المستوى التعليمي بمستوى معلوماتهم المكتسبة قبل إصابتهم بالمرض المزمن حول الحيز الوقائي المخصص من المعلومات الصحية الوقائية التي تؤطرها وسائط المجتمع، وفي هذا السياق قد تركزت إجابات المبحوثين بنسبة عالية تقدر بـــ63.30% تمثل المستوى الضعيف لمعلوماتهم المكتسبة حول الوقاية من أمراض العصر المزمنة وبالطبع من وسائط المجتمع، وهذا مقابل أدنى نسبة تقدر

بـــ12.85%، التي تمثل المستوى العالي للمعلومات الوقائية المكتسبة حول الأمراض المزمنة، في حين قدرت نسبة بـــ23.85% هي للمستوى المتوسط لإكتساب المعلومات الوقائية من وسائط المجتمع حول أمراض العصر هذه .

بعد ما تم التعرف على مؤشر هام وهو الجانب المعرفي الذي يشكل جزءا مهما أيضا من المفهوم الإبستمولوجي للثقافة الصحية والوعي الصحي الإجتماعي، الذي بدى متدنيا في مسألة الصحة العامة وكذلك مسألة الوقاية من أمراض العصر المزمنة (ضغط الدم، السكري وأمراض القلب)، يمكن البحث عن أسباب هذا التدني الملموس من خلال التعرف على مؤشر آخر يرتبط بأبعاد هذا الإطار المفاهيمي، الذي قد يؤكد السبب الكامن وراء صرف إهتمام وسائط المجتمع بنشر الوعي الصحي بين شرائح المجتمع، ويتمثل هذا المؤشر في الإدراك الذي يتجسد في أرض الواقع وفي نمط الحياة اليومي حول أهم وأبرز السلع والخدمات الضرورية للصحة الجيدة والوقاية من الأمراض المزمنة، الأمر الذي سيتضح من معطيات الجدول رقم (72) الذي يمثل مدى إدراك المبحوثين في نظام حياتهم اليومي وقبل إصابتهم بالمرض المزمن للسلع والخدمات الضرورية للصحة الجيدة والوقائية من خلال وسائط المجتمع وعلاقته ذلك بأهم وأبرز هذه السلع والخدمات المدركة، وعلى ضوء ذلك تبرز نسبة عالية تقدر بـــ34.55% تمثل المسكن المناسب كضرورة صحية ركز عليها المبحوثين في إجابتهم، وهذا مقابل نسبة تقدر بـــ29.09% سجلت لنوعية وكمية الغذاء، نسبة 13.18% للملابس الكافية والذوقية، نسبة 12.27% لتوفر قسط من المال للمصاريف الصحية، نسبة 08.86% لإشباع الحاجات الدينية والتعليمية، وأخيرا نسبة 02.05% لسلع وخدمات أخرى .

وفي حالة الرجوع إلى متغير الإدراك من عدمه للسلع والخدمات الضرورية للصحة الجيدة والوقاية من الأمراض المزمنة، يلاحظ أن أكثر من نصف المبحوثين لم يدركوا أهمية هذه السلع والخدمات الصحية، وبخاصة ما تعلق بالمسكن المناسب، يضاف إلى ذلك نوعية وكمية الغذاء، فالنسبة الغالبة التي تقدر بـــ48.26% قد عادت إلى عدم إدراك المبحوثين للمسكن المناسب، مقابل إنعدام النسب لسلع وخدمات أخرى ولنفس الموقف، وعند إجراء مقارنة بسيطة مع المبحوثين الذين كانوا يدركون أهمية المسكن المناسب، فيلاحظ أنهم لم يسجلوا سوى نسبة 14.92% كأعلى نسبة مقابل 04.97% كأدنى نسبة لسلع وخدمات أخرى من نفس الموقف، وتتأكد نتيجة هامة أخرى ترتبط بنقص الوعي الغذائي[1]* تظهر من خلال النسبة العالية المقدرة بـــ36.68% والتي سجلت لعدم إدراك المبحوثين لأهمية نوعية وكمية التغذية كسلع وخدمات ضرورية للصحة الجيدة التي تقي من الإصابة بالأمراض المزمنة كالضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب، مقابل إنعدام النسبة لسلع وخدمات أخرى من نفس الموقف، وبالمقارنة مع المبحوثين الذين أجابوا بإدراكهم لأهمية نوعية وكمية الغذاء، فيظهر أنهم لم يسجلوا سوى نسبة 18.23%، مقابل أدنى نسبة تقدر بـــ04.97% لسلع وخدمات أخرى من الموقف نفسه .

* لمزيد من المعلومات عن هذه النتيجة المتعلقة بتدني مستوى الثقافة الغذائية الوقائية، أنظر نتائج المطلب الرابع، الفصل السادس، الباب الثاني للدراسة الميدانية .

وإنطلاقا مما سبق ذكره يمكن إستخلاص أن هناك تراكمات تدل على تدني مستوى حقل التثقيف الصحي لدى أفراد مجتمع البحث، الأمر الذي ظهر من خلال مؤشرات الثقافة الصحية الوقائية، التي أظهرت أن وسائط المجتمع لم تقوم بدور فعال في مسألة نشر الوعي الصحي بين هذه الشريحة من المجتمع، ويتضاعف الأمر كلما إنخفض المستوى التعليمي لدى الأفراد، وسواء تعلق الأمر بالصحة العامة أو بالإجراءات الصحية الحديثة التي تسمى بالإجراءات الوقائية التي تعمل على الوقاية من أمراض العصر المزمنة كالضغط الدموي، السكري وأمراض القلب (التوازن في التغذية، ممارسة الرياضة، الابتعاد عن التدخين...)، فقد أبرزت نتائج الدراسة أن هناك ضعف شديد في مستوها في إطار تنمية ثقافة صحة أفراد المجتمع، ونفس الملاحظة تنطبق على الإجراءات الوقائية غير المباشرة التي يفترض على الفاعلين في المجتمع ترقيتها، والتي ترتبط بالسلع والخدمات الضرورية للصحة الجيدة وتهدف إلى المباعدة بين عوامل المسببات المباشرة للمرض المزمن، ومن ذلك الإدراك الجيد لأهمية توفير المسكن الصحي، والتغذية الجيدة التي تقي من الأمراض المزمنة من حيث النوعية والكمية، الأمر الذي لم يدرك تحقيقه المبحوثين كسلع وخدمات ضرورية للصحة الجيدة والوقاية من أمراض العصر المزمنة هذه، ويمكن تفسير هذه المؤشرات التي أبرزت تدني مستوى الحقل الصحي بعدة عوامل منها، أن المستوى التعليمي هو العمود الفقري والمحرك الرئيسي في حقل التثقيف الصحي، بإعتبار الأفراد المعنيين أو ذوي المستوى التعليمي المتدني هم الأكثر ضعفا، من حيث قدرتهم على إكتساب وتحصيل الوعي والإدراك الكافي للمعلومات الصحية المقدمة من طرف وسائط المجتمع، ولا يخفى على أحد أن الأمية كانت منذ الإستقلال ولازالت تمثل مشكلا وطنيا في المجتمع الجزائري في كل المجالات الصحية والوقائية، الثقافية، الإقتصادية والإجتماعية، ولقد ربطت العديد من الدراسات والبحوث مشكلة الأمية بمستوى تخلف المجتمعات، وبخاصة لما يتعلق الأمر بالحقل الصحي، وللإشارة فإنه حتى نهاية سنوات التسعينيات وبالضبط سنة 1998، كشفت تقديرات الديوان الوطني للإحصاء أن هناك ما يقارب سبعة (7) ملايين أمي في المجتمع الجزائري، ما يعادل نسبة 23.11% للرجال ونسبة 40.33% للنساء.[1] وهذا على الرغم من المجهودات المبذولة للقضاء على ظاهرة الأمية في مجال التنشئة الإجتماعية (التعليم المجاني والصحة المجانية)، إلا أنه لزالت المشكلة تمثل عائقا حقيقيا من عوائق عمليات التثقيف والتوعية الصحية والوقائية في المجتمع الجزائري .

إذا فالعامل التعليمي يعتبر من أهم العوامل التي تلعب دورا فعالا في مسألة نشر الوعي أو التثقيف الصحي وإكتساب المعلومات الصحية عامة والوقاية من الأمراض المزمنة بوجه الخصوص[2] *، لذلك فأفراد العينة الذين كان لديهم مستوى معتبر من التعليم ظهر أنهم أكثر إكتسابا للمعلومات الصحية مقارنة بذوي المستوى التعليمي الضعيف، فالتعليم يدفع بالشخص إلى الكشف أكثر عن مسببات الأمراض وسبل الوقاية

(1) Houria Hamane-Sadou, l'analphabétisme chez les femmes dans l'Algérie rural, colléction le lien, changements familiaux et changements sociaux, Op.cit, p.233.

* لمزيد من المعلومات حول علاقة المستوى التعليمي بالوعي الصحي، أنظر المطلب الخاص بأثر تدني مستوى الصحي على إنتشار الإصابة بالأمراض المزمنة، المبحث الأول، الفصل الثالث، الباب الأول للدراسة النظرية.

من مخاطرها، ويستوعبون ما يقدم من إرشادات طبية عبر وسائط المجتمع كوسائل الإعلام المختلفة المحاضرات، البرامج التثقيفية ونصائح الأطباء والصيادلة...الخ، وحتى وإن كان مستوى هذه المعلومات الصحية المقدمة من طرف الوسائط المجتمعية قليل.

ومن الجدير ذكره في هذا المقام هو أن المجتمع قد أقر حقوقا وواجبات على جميع الفاعلين في النسق الصحي، الأمر الذي أوضحه الكثير من الباحثين وعلماء الإجتماع أمثال "تالكوت بارسونز"" Talcott Parsons" الذي أسهم بشكل كبير في تحديد مبادئ العلاقة التي تحدد أدوار، حقوق وواجبات الأطباء والمرضى، حيث يقوم الطبيب بنشر الوعي الصحي وتنمية الثقافة الصحية لدى الأفراد فدور الطبيب في المجتمع يعتبر من الأدوار الرئيسية والمهمة، التي تستفيد منها جميع شرائح المجتمع، فالطبيب عادة يسعى إلى مساعدة الأفراد والعائلات، وخاصة لما يتعلق الأمر بمثل أمراض العصر المزمنة التي تلعب فيها الوراثة العائلية دورا بارزا في الإصابة بها (ضغط الدم، السكري وأمراض القلب)

إن دور الطبيب عادة يمارس في إطار العمل الطبي الإنساني الذي يحمل قيما ومعايير مهنية وأخلاقية تضبط عمله الطبي الذي لا تنفصل عنه عمليات التوعية الصحية، فهي جزءا مهما لا يتجزأ من عمليات التشخيص والعلاج، وفي مقابل ذلك فإنه من حق الأفراد الإستفادة من المعلومات والخبرات التي يقدمها الطبيب وإستغلالها في حياتهم اليومية للوقاية من الأمراض، وهذا يتطلب من الأفراد أيضا التعاون مع الأطباء والإصغاء وتعلم جميع القواعد والأصول الصحية التي تقي من الإصابة بالأمراض المزمنة، والتي يقدمها الطبيب أثناء تأديته لعمله، وهذا يعني أن الأدوار تبدو متبادلة ومكملة لبعضها البعض بين الأطباء والأفراد لأجل تحقيق التنمية الصحية في المجتمع، وعليه فإن عملية تنمية الوعي الصحي والوقائي في المجتمع من الأمراض المزمنة هي عملية إجتماعية تتوزع مسؤوليتها على جميع الفاعلين في النسق الصحي، من قائمين على المؤسسات الصحية في المجتمع، الأطباء، المثقفين في المجال الصحي، والأفراد أنفسهم .

وفي هذا الصدد يمكن تفسير أيضا نقص الإدراك الذي برز حول ضروريات الصحة والوقاية من الأمراض المزمنة من سلع وخدمات (المسكن الصحي، والتغذية الجيدة)، بأن هناك تجاهل حقيقي ونقص في الإلمام بالمعلومات والظروف والخدمات المتصلة بالمستوى الصحي في المجتمع كالمسكن الصحي والتغذية الصحية...الخ وكيفية الإنتفاع منها بطريقة صحيحة ومجدية، وهذا يعني أيضا بأن هناك تجاهل حتى للهدف الأساسي لعملية التثقيف الصحي، الذي يحقق سعادة ورفاهية أفراد المجتمع بتوفير لهم المسكن الصحي وتقويم سلوكياتهم الغذائية وتصويبها من خلال نشر الثقافة الغذائية، لأن المسكن الصحي والتغذية الجيدة والسليمة هما شرطان أساسيان لتحقيق الرقي بالمستوى الصحي والوقاية من الأمراض المزمنة في المجتمع.

إن العامل الذي زاد المشكلة التثقيفية تضاعفا ـ كما سبقت الإشارة إليه- في مسألة نقص إدراك أهمية هذه السلع والخدمات الصحية الوقائية في نظام الحياة اليومي، هو عامل الجهل سوءا الذي يتعلق بالمسكن الصحي، أو الجهل الغذائي فهذا العامل لايزال منتشر في المجتمع الجزائري ولدى شرائح كثيرة وأهمها كبار السن، فهؤلاء لا يدركون جيدا الضغوط التي تنجم عن ضيق المسكن أو عدم توفره على

شروط صحية، والبعض الآخر لا يدرك جيدا بأن الغذاء الجيد والمتوازن يمثلا صمام الأمان لأمراض العصر المزمنة كضغط الدم، السكري وأمراض القلب، ومن التصريحات التي تؤكد هذا المتغير السوسيولوجي " أنا ما يهمني والوا في الدنيا نأكل ونرقد" " أنا كنت وين لقيت نرقد ونأكل لي جات ما عندي حاجة في الصحة" هذا بالنسبة لشريحة الأميين، أما بالنسبة لشريحة المثقفين والذين تبين أن البعض منهم لا يهتم بضروريات الصحة إلا بشكل تلقائي حتى أصيب بالمرض المزمن فقد صرح أحدهم "حتى مرضت باش عرفت قيمة الماكلة...الخ"، وهذا يعني أن عمليات التثقيف الصحي لم تهيئ لها الظروف الكاملة لنشر الوعي الصحي بين أفراد المجتمع، هذا بالإضافة إلى المعوقات الأخرى المرتبطة بالمفاهيم والممارسات غير الصحية المنتشرة في المجتمع كالطب الشعبي وغيره .

وكخلاصة يمكن القول أن المجتمعات حديثة التحضر مثل المجتمع الجزائري يعاني فيها النسق الصحي وبخاصة في شقه الوقائي من عجز في كثير من الأحيان والحالات على إستعاب المشكلات الصحية، وتأطير السكان وتوعيتهم وتثقيفهم صحيا، وتطويعهم لتطبيق السبل الوقائية من أمراض العصر المزمنة، الأمر الذي يجعلهم في حالة من الهامشية ويدفعهم إلى التمسك برواسب الممارسات الأولية غير الصحية، ذلك لأن مفتاح الصحة والوقاية من الأمراض القابلة للتوقي كأمراض العصر المزمنة، ضغط الدم، السكري وأمراض القلب، يكمن في بيئة المجتمع التي يعيش فيها الأفراد ويحتكون ويتأثرون بها، وكما هو معلوم فإن أغلب حالات إعتلال صحة الإنسان في أي مكان وزمان يعود إلى خلل في بيئة المجتمع، لذلك فنشر الوعي الصحي في البيئة الإجتماعية يعتبر عمادا رئيسيا في طب المجتمع الحديث، الذي يعتبر أن المجتمع في هذه الحالة هو صانع الفرد وصانع أمراضه، والذي جعل الرعاية الصحية والإجتماعية تركز على وسائط المجتمع في علاقتها مع البناء الإجتماعي ونمط السلطة الأسرية...الخ، وقد تبدو مخاطر الإفتقار للوعي الصحي والوقائي من الأمراض المزمنة أكثر على مستوى البيئة الأسرية على الرغم مما يبدوا من مستويات تعليمية في لمجتمع الجزائري، فإن الوعي الصحي الإجتماعي يبقى متدنيا لأن نظام الحياة الذي يعيشه الفرد الجزائري أصبح مملوء بالضغوط، وعراقيل البيئة الإجتماعية والأوضاع الأسرية المتذبذبة وهذه جميعها عوامل قد تصرف الإهتمام بالوعي الصحي الوقائي، وتقلل من فعالية هذا الوعي في الواقع المعيشي، ومما يزيد من هذه الصعوبات هو تراجع دور المؤسسات المسؤولة عن التكفل وتوعية الأفراد كالمدرسة والأسرة بإعتبارهما المؤسستين الأولتين لإنجاح برامج التثقيف الصحي والوقاية من الأمراض المزمن .

وحتى يتأكد أكثر ما سبق ذكره وبخاصة حول الدور الذي يلعبه المستوى التعليمي في علاقته بمدى إكتساب المعلومات عن طريق التوعية حول السلوكيات الصحية والوقائية من الأمراض المزمنة، تمت عملية حساب أحد معاملات الإرتباط وهو كا^2 والذي قدر بـــ81.55(كا^2 المحسوبة) عند درجة الحرية 05 ومستوى الخطأ 0.05، أما كا^2 (الجدولية) فقد قدرت بـــ11.07 وهذه النتيجة تدل على وجود دلالة إحصائية بين متغير المستوى التعليمي ومتغير إكتساب المعلومات عن طريق تلقي التوعية من وسائط المجتمع.

المطلب الثاني : تدني مستوى الوعي الصحي في الأسرة وعلاقته بإنتشار المرض المزمن .

لا يمكن لأهداف الصحة العامة والوقاية من الأمراض المزمنة (ضغط الدم، السكري وأمراض القلب)أن تتحقق في أي مجتمع دون المشاركة الإيجابية من الأسرة وأعضائها الفاعلين فيها، لأنها تعتبر النواة الأولى التي يحتك ويتأثر بها الفرد بشكل دائم ومستمر سواء تعلق الأمر بسلوكياته، قيمه، إتجاهاته، عاداته الغذائية وحتى شخصيته، فمن خلال البيئة الأسرية يكتسب الفرد مفاهيم صحية متعددة حول مختلف الجوانب الصحية والوقائية والحاجات والرغبات التي يسعى إلى إشباعها، بالإضافة إلى الاستعدادات الوراثية ومدى توافرها ومدى توعية الأسرة أعضائها لتجنب مخاطرها سوءا كان هذا على مستوى التشخيص أو الوقاية أو العلاج، وإنطلاقا من إعتبار الأسرة القالب الذي يحتوي معظم الممارسات الصحية وغير الصحية، وبخاصة لما يتعلق الأمر بمسألة التوعية الصحية والوقاية من أمراض العصر المزمنة التي يمكن للأسرة أن تلعب دورا بارزا في الحيلولة بين مسببات هذه الأمراض وصحة أعضائها، كتحقيق الظروف الملائمة للتكيف الإجتماعي، الذي يقي من الضغوط اليومية، نشر العادات الغذائية السليمة...الخ، وعلى هذا الأساس تم أخذها كمتغير أساسي مهم في هذا العنصر، لمعرفة تأثير تدني مستوى الوعي الصحي في الوسط الأسري وعلاقة ذلك بظهور الإصابة بأمراض العصر المزمنة كالضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب .

جدول رقم (73) : يبين توعية المبحوثين من طرف أسرهم حول الإحتياطات الوقائية من الأمراض المزمنة كضغط الدم، السكري والقلب وعلاقتها بمدى تطبيق ذلك في نظام حياتهم اليومي قبل الإصابة بها .

تطبيق المبحوثين للاحتياطات الوقائية / التوعية الأسرية	نعم	لا	المجمـــــوع
نعم	50 %48.08	54 %51.92	104 %100
لا	9 %02.68	327 %97.32	336 %100
المجمـــــــــــــــــوع	59 %13.41	381 %86.59	440 %100

جدول رقم (74) : يبين عدد مرات توعية المبحوثين من طرف أسرهم حول إتخاذ الإحتياطات الوقائية من الأمراض المزمنة كضغط الدم، السكري والقلب قبل الإصابة بها.

عدد مرات التوعية الأسرية	التكرار	النسبة %
مرة في اليوم	11	10.58
مرة في الأسبوع	23	22.11
مرة في الشهر	47	45.19
عدة مرات في اليوم والأسبوع والشهر	12	11.54
أكثر من ذلك*	11	10.58
المجمـــــــــــــــــــــــوع	**104	100

*ملاحظة: تتمثل عبارة أكثر من ذلك في المناسبات كالأعياد والولائم والمآتم، وحالات أخرى كالصدفة، مرض أحد أفراد العائلة أو الأصدقاء والجيران.

** يمثل المجموع 104 إجابات المبحوثين بنعم فقط لعدد مرات التوعية الأسرية قبل الإصابة بالمرض المزمن.

جدول رقم (75) : يبين أهم الإحتياطات الوقائية المطبقة من طرف المبحوثين في نظام الحياة اليومي للوقاية من الأمراض المزمنة كضغط الدم، السكري والقلب والتي أوضحتها أسرهم قبل الإصابة بها .

الإحتياطات الوقائية المطبقة	التكرار	النسبة %
الحفاظ على الغذاء اليومي دون تحديد ما هو صحي منه	12	20.34
الإبتعاد عن التدخين	23	38.99
النظافة	11	18.64
الترفيه	09	15.25
إحتياطات أخرى *	04	06.78
المجمـــــــــــــــــــــــوع	**59	100

* ملاحظة : تتمثل إحتياطات وقائية أخرى في: ممارسة الرياضة، المطالعة، التمتع بالراحة، عدم إثارة المشاكل .

** يمثل المجموع 59 إجابات المبحوثين بنعم فقط لنوع الإحتياطات الوقائية المطبقة قبل إصابتهم بالمرض المزمن .

يلاحظ من خلال معطيات الجدول رقم(73)، الذي يمثل توعية المبحوثين من طرف أسرهم حول الإحتياطات الوقائية من الإصابة بالأمراض المزمنة (ضغط الدم، السكري وأمراض القلب)، وعلاقة ذلك

بمدى تطبيقهم لهذه الإحتياطات الوقائية في نظام حياتهم اليومية قبل إصابتهم بها، أن الإتجاه العام يتجه نحو تصريحات المبحوثين التي تركزت في الموقف الرافض لتطبيقهم توعية أسرهم فيما يخص الإحتياطات الوقائية من هذه الأمراض، وذلك بأعلى نسبة قدرت بـــ86.59% مقابل أدنى نسبة قدرت بـــ13.41%، والتي مثلت موقف المبحوثين المؤيد لهذا النوع من التوعية الصحية هذا من جهة، ومن جهة أخرى يعترف المبحوثون بعدم تطبيقهم لهذه التوعية الصادرة من طرف أسرهم حول الإحتياطات الوقائية من أمراض العصر هذه، الأمر الذي برز في تسجيل نسبة عالية قدرت بـــ97.32%، جاءت تدعم تدني مستوى تطبيق المبحوثين للمبادئ الوقائية من هذه الأمراض المزمنة، وتندرج ضمن موقفهم الرافض لوجود توعية أسرية، وهذا مقارنة بنسبة ضعيفة قدرت بـــ02.68% جاءت تمثل الموقف الرافض لوجود توعية أسرية، غير أنها تندرج ضمن الإجابات بنعم لتطبيق الإحتياطات الوقائية من أمراض العصر المزمنة، أما موقف المبحوثين المؤيد للتوعية الأسرية فقد سجلت له نسبة قدرت بـــ51.92% تندرج ضمن موقف المحثوثين الرافض لتطبيق الإحتياطات الوقائية، وهذا مقارنة بنسبة تقدر بـــ48.08% سجلت لموقف المبحوثين المؤيد لتوعيتهم من طرف أسرهم، وفي نفس الوقت تمثل موقفهم المؤيد أيضا لتطبيقهم للإحتياطات الوقائية من أمراض العصر المزمنة.

ولإبراز أكثر مسألة التوعية الصحية والوقائية التي تلقاها المبحوثين من طرف أسرهم لأجل الوقاية من الأمراض المزمنة قبل الإصابة بها، يمكن الكشف عن عدد مرات حدوث هذه العملية التوعوية، التي كانت تقوم بها عائلات المبحوثين، الأمر الذي يظهر من خلال الجدول رقم(74) والذي أوضح أن النسبة العالية، والتي قدرت بـــ45.19% قد عادت إلى المدة المحددة بشهر لحدوث التوعية الأسرية، وهذا مقابل النسب المتبقية والتي جاءت متفاوتة حسب المدد الأخرى كمايلي: نسبة 22.11% للتوعية الصحية والوقائية خلال مرة في الأسبوع، نسبة 11.54% للتوعية الصحية والوقائية الأسرية عدة مرات في اليوم والأسبوع والشهر، نسبتان متساويتان تقدرا بـــ10.58% يمثلان التوعية الصحية الوقائية الأسرية مرة في اليوم وأكثر من ذلك.

أما بالنسبة لأهم الإحتياطات الوقائية من أمراض العصر المزمنة، والتي تمت كإستجابة من طرف أفراد العينة لتوعية أسرهم قبل الإصابة بها، فقد وردت في الجدول رقم(75)، الذي كشفت معطياته أن النسبة الغالبة والتي قدرت بـــ38.99% مثلت الإبتعاد عن التدخين كأهم جانب توعوي وقائي من أمراض العصر المزمنة، يندرج ضمن النصائح التي قدمت للمبحوثين وتم تطبيقها في نظام حياتهم اليومية، وبالمقارنة البسيطة يظهر أن النسب المتبقية جاءت تمثل بعض الإحتياطات الوقائية الأخرى ولكن بشكل متفاوت على النحو الآتي: نسبة 20.34% مثلت الحفاظ على الغذاء اليومي دون تحديد ما هو صحي منه، نسبة 18.64% تمثل النظافة، نسبة 15.25% تمثل الترفيه، وأخيرا نسبة 06.78% تمثل إحتياطات وقائية أخرى.

وعلى العموم يبدوا أن هناك تدني فعلي لمستوى الوعي الصحي والوقائي الذي تلقاه المبحوثين من أسرهم قبل إصابتهم بالمرض المزمن، الأمر الذي برز على مستوى المؤشرات التوعوية المختلفة كما هو

الحال بالنسبة لمؤشر إقرار المبحوثين الغالب حول القسط الضئيل من مسألة التوعية الموجه لتكريس الإحتياطات الوقائية من أمراض العصر المزمنة (الضغط الدموي، السكري وأمراض القلب)، وكذلك بالنسبة لمؤشري تطبيق ونوعية الإحتياطات الوقائية ومستوى ممارساتها بين المبحوثين في نظام حياتهم اليومي

إن الأسرة في تعاملها مع أعضائها فيما يخص مسألة، التوعية الصحية والوقاية من الأمراض تتم تبعا لمتغيرات عديدة تتعلق بعادات وتقاليد الأسرة، الفارق الثقافي بين الآباء والأمهات والأبناء والأعضاء الآخرين، الظروف المادية والإجتماعية كضيق المسكن أو إتساعه، عدد الأفراد داخل الأسرة، مدى توفر وسائل المعلوماتية في المنزل كالأجهزة الإلكترونية السمعية والبصرية والفضائيات، حضور الوالدين أو غيابهما ...وما إلى ذلك من المتغيرات التي لا يمكن حصرها في هذا المقام، غير أن هناك إمكانية تفسير ذلك بالجهل الصحي المنتشر بين الأسر في مجتمع البحث، وإلى إنشغال معظم أعضاء الأسر وخاصة الوالدين بالعمل ولساعات طويلة طوال النهار وجزء من الليل أحيانا، الأمر الذي قد لا يسمح بالحديث عن هذه الأمراض ومناقشة أسبابها، فإنشغال عادة الأب بمشكلاته الخاصة والعائلية (مصاريف العائلية، مصاريف الدراسة.)وبالمقابل إنشغال الأم بالأعمال المنزلية وحتى خارج المنزل، هذه كلها أسباب تحول دون فتح موضوعات الصحة والوقاية من أمراض العصر المزمنة، يضاف إلى ذلك أن ظروف العصر الحديث قد فرضت تراجع الكثير من العادات والتقاليد الأسرية، التي كانت تجمع أعضاء الأسرة مع بعضهم البعض كما هو الحال بالنسبة لعدم التوافق الذي أصبح بارزا للعام والخاص في مسألة عدم تناول أفراد الأسرة لواجبات الغذاء مع بعضهم البعض، فنادرا ما يحدث ذلك وبالصدفة، فأصبح كل فرد يحضر إلى المسكن الأسري في أوقات مختلفة عن حضور الآخرين، مما يحول أيضا دون إجتماعهم حول مائدة طعام واحدة وأحيانا لا يرى الأب أبناءه ...الخ .

ولعل الإختلافات في توجهات ومواقف أعضاء الأسرة إلى جانب إضطراب العلاقات الأسرية كالتفكك الأسري، الصراعات الزوجية، الطلاق العاطفي جميعها عوامل تؤدي إلى تجاهل مسألة الوعي الصحي الوقائي من هذه الأمراض المزمنة، وربما تجاهل حتى النصائح والإرشادات الوقائية لبعضهم البعض.

إن تدني مستوى الوعي الثقافي أو الفارق الثقافي بين الوالدين ومختلف أعضاء الأسرة قد يحول أيضا دون توفير الرعاية الصحية الأسرية والوقاية من الأمراض العصرية المزمنة، فعدم الإهتمام بمشاكل بعضهم البعض، وبخاصة بين الآباء والأبناء ومن هم أقل خبرة يؤدي إلى ضعف الروابط الأسرية وثم عدم الإصغاء وإتباع الممارسات الصحية في نمط الحياة اليومي.

وعلى الرغم من بروز بعض الإجراءات الوقائية ضمن هذه النتائج السالفة الذكر، والتي تقي من الإصابة بهذه الأمراض المزمنة كالإبتعاد عن التدخين الذي يعد عامل خطر هام، فإنه لا يعكس مستوى المعرفة الصحية الوقائية اللازمة، التي تتطلب الإلمام بجميع العوامل الأخرى المتفاعلة فيما بينها غالبا لإحداث هذه النوعية من الأمراض المزمنة، كتجنب عادات التغذية السيئة التي باتت تنتشر في أوساط المجتمع

الجزائري يوما بعد يوم، كيفية مواجهة ضغوط الحياة والأحداث اليومية، ممارسة الرياضة وغيرها من الإجراءات الوقائية التي تحمي الأفراد من الإصابة بالمرض المزمن كضغط الدم، السكري وأمراض القلب .

وفي هذا الصدد يشدد الفاعلون في مجال الصحة والوقاية من أمراض العصر المزمنة (ضغط الدم، السكري وأمراض القلب) على تحميل الأسرة مسؤولية التوعية والإجراءات الوقائية التي تقي من هذه الأمراض، ولا يمكن إعفاؤها من ذلك أو تنصلها من وظيفتها الرئيسية هذه، بإعتبارها البيئة الأولى بعد المجتمع التي تتضمن مختلف العادات والممارسات الصحية (توفير الرعاية الصحية والوقائية من مختلف الأمراض).

ومن الأساليب الوقائية من هذه الأمراض المزمنة التي يمكن للأسرة أن تسهم بها في هذا الشأن، تلك التي ترتبط بأخطار ضغوط المحيط الأسري على صحة أعضائها، تكثيف الحوار والناقشات الأسرية حول الوقاية من الأمراض -وليس في المناسبات- كما قال أحد أعضاء المقابلات الميدانية "حتى مرة مانصحني واحد من العايلة على لمراض هذي جديدة"وقال أيضا "حتى واحد ما ينصح من العايلة، إلا في المناسبات ولا يمرض واحد جارنا"، وهذا مظهر من مظاهر عدم التوافق والتعاون في مجال الرعاية الصحية الأسرية، يضاف إلى ذلك تعويد أفراد الأسرة على العادات الغذائية الحميدة والتركيز على القناعة في الأكل، وليس على الإشباع الضار بالصحة، فأفراد الأسرة كما هم بحاجة إلى الحنان من بعضهم البعض فهم بحاجة إلى توعية وتوجيه وتوريث السلوكيات الثقافية الصحية والوقائية وترسيخها لديهم*[1].

وهذا ناهيك عن معاناة الأسر من أوضاع إجتماعية مزرية تشكل عجزا بارزا لديها لمواجهة الأمراض المزمنة رغم وعيها الصحي التام بالأخطار المحدقة بصحة أعضائها، وهنا يلعب المحيط الإجتماعي دورا بارزا أيضا في الضغط المفروض على وظيفة الأسرة في هذه الناحية، وعليه يمكن القول أن التحضر والتحول في نمط المعيشة لم يصاحبه تحول آخر على مستوى الوعي الصحي الوقائي لدى العائلات الجزائرية، والملاحظة اليومية تشير إلى عدة مظاهر في هذا الشأن كالإهمال، اللامبالاة، قلة المتابعة، الجهل بطبيعة الحياة العصرية وترك تطبيق أساليب الوقاية آخر ما يفكر فيه الفرد والأسرة .

ولأجل تبيان مدى وجود علاقة بين التوعية الأسرية فيما يخص الإحتياطات الوقائية من الأمراض ومدى تطبيق أفراد مجتمع البحث لذلك، قد تم إستخدام معامل الإرتباط المسمى بالإقتران والذي قدر بـــ0.94، الأمر الذي يفسر بوجود علاقة طردية قوية ذات دلالة إحصائية بين المتغيرين السابقين.

المطلب الثالث: إهمال معرفة التاريخ العائلي الوراثي للمرض المزمن وأثره الصحي على الإصابة به

من المتعارف عليه في الأوساط الطبية أن الإهتمام بمعرفة التاريخ العائلي الوراثي أمر وقائي ضروري، فالملاحظ أن مرض إرتفاع الضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب هي أمراض مزمنة يكثر حدوثها بين أفراد الأسرة الواحدة، وأنها تنتقل من الأجداد إلى الأبناء والأحفاد وأن القابلية للإصابة بها تزداد عند

*لمعرفة أكثر دور الأسرة في شأن الوعي الصحي، أنظر المطلب الخاص بأثر تدني مستوى الوعي الصحي على إنتشار الأمراض المزمنة، المبحث الأول، الفصل الثالث، الباب الأول للدراسة النظرية.

وجودها لدى كل من الأب والأم، لأجل ذلك إهتم العلماء بالبحث في أوجه الخلل التي تصيب الجينات (المورثات) لأفرد العائلة الواحدة، وهنا إزداد الإهتمام بفكرة طبيب العائلة لمعرفة التاريخ والإستعدادت المرضية وإتخاذ الإحتياطات الوقائية منها، وعليه فأي إهمال أو تقصير في معرفة الأمراض الوراثية الأكثر إنتشار بين أفراد الأسرة يعني إحتمال التعرض للإصابة أكثر بهذه النوعية من الأمراض.

جدول رقم (76) : يبين وجود عامل الوراثة بين عائلات المبحوثين والشخص الذي كان يحمل المرض المزمن قبل إصابة المبحوثين به.

الشخص الذي كان يحمل المرض المزمن وجود عامل الوراثة من عدمه		التكرار	النسبة %
نعم	الأب	37	40.22
	الأم	41	44.56
	الجد الحالي	03	03.260
	الجدة الحالية	09	09.780
	الأجداد الأولين	02	02.180
المجمـــــــــــــوع الجزئي		92	20.91 %100
لا		308	70
لا يدري		40	09.09
المجمـــــــــــــــــوع الكـــــــلي		440	100

إن موضوع الوراثة أو التاريخ العائلي المرضي يعتبر عاملا مهيأ –يتفاعل مع عوامل أخرى- لابد من التطرق إليه، وأخذه بعين الإعتبار عند تناول الوعي الصحي الوقائي على مستوى نسق الأسرة من أمراض الأمراض المزمنة (ضغط الدم، السكري وأمراض القلب)، لأن ذلك يتطلب قدرا من الوعي لدى العائلات التي تحمل المرض دون غيرها، الأمر الذي قد لا يكون متوفرا ـفي الغالبـ في كثير من الحالات لدى الأفراد، وعليه فالجدول رقم (76) سيوضح مستوى إدراك أفراد العينة لعامل الوراثة ومدى إنتشار المرض بين أسرهم ومن كان يعاني من هذه الوضعية المؤهبة للأمراض المزمنة قيد الدراسة، ومما يبدو من نتائج هذا الجدول أن هناك نسبة معتبرة قدرت بـــ44.56%، إحتلت المرتبة الأولى ومثلت وجود وراثة لدى أمهات المبحوثين وذلك ضمن موقفهم المؤيد لوجود تاريخ عائلي للمرض، وفي سياق هذا الموقف تظهر نسبة ثانية

معتبرة أيضا تقدر بـــ40.22%، جاءت تمثل وجود وراثة لدى أباء المبحوثين الذين كانوا يحملون المرض المزمن، ثم تأتي النسب الأخرى الضعيفة التي تمثل نفس الموقف المؤيد في هذا الشأن، وتتوزع بالنسبة الأولى المقدرة بـــ09.78% للجدة، النسبة الثانية والمقدرة بـــ03.26% للجد، والنسبة الثالثة المقدرة بـــ02.18% للأجداد الأولين .

وعند إجراء المقارنة بين موقف المبحوثين المؤيد لحمل المرض المزمن لدى أحد أفراد العائلة السالف الذكر، والذي سجل نسبة 20.91% من مجموع إجابات المبحوثين مقابل النسبة الغالبة والمقدرة بـــ70% والتي جاءت تمثل موقف المبحوثين الرافض لمعرفتهم بوجود وراثة في وسط عائلاتهم، يضاف إلى ذلك نسبة معتبرة قدرت بـــ09.09% هي للمبحوثين الذين لم يكونوا يدركون بوجود أوعدم وجود وراثة للمرض المزمن في وسطهم العائلي.

وكما هو معروف في الأوساط الطبية التي تشير إلى أن التاريخ العائلي المرضي قد يتجاوز الوالدين الحالين بالنسبة لمسألة حمل المرض المزمن إلى الأجداد السابقين، غير أن الأم والأب، كما ورد في نتائج الجدول هم الأقرب إلى نقل المرض إلى الأبناء، كما أن الأم لها دور هام في هذا المضمار، لذلك يؤكد الفاعلين في مجال الصحة على توعية الوالدين وبخاصة الأم ومحو الأمية لديها، لأنها المعوق الأول لبرامج التثقيف الصحي على مستوى الأسرة، كما أن الوالدين معا لهما الدور الأول في توعية الأبناء بمخاطر أمراض العصر المزمنة الوراثية (ضغط الدم، السكري وأمراض القلب)، فالأم مسؤولة عن تصحيح طرق تغذية الطفل منذ الولادة والتخلص من الذوق الغذائي السيئ والضار بالصحة، وخلق الوعي وتربية عادات غذائية سليمة في الأسرة، وغرسها في نفوس النشء منذ الطفولة، لتجنب التفاعل السريع لعوامل البيئة الإجتماعية والأسرية مع عامل الوراثة حتى لا تشعر بالندامة، لأن الكثير من الوالدين الذين يتهاونون في شأن توعية أبنائهم يشعرون بالذنب بعد إصابتهم بالمرض، فلقد إكتشفت الدراسات التجريبية في مجتمعات عديدة أن توعية وتعليم الأمهات يعني الرفع من مستوى توعية الأبناء وتعليمهم الأمور الوقائية، كالتغذية الجيدة وحماية صحتهم من مخاطر الأمراض.[1]

ومن المعروف دائما أن الإنسان الذي يعاني أعضاء أسرته من الأمراض الوراثية غالبا ما يكون معرضا أكثر من غيره للإصابة بها، ويزداد الأمر تعقيدا إذا لم يكن واعيا بذلك ومقصرا في تطبيقه للإجراءات الوقائية كالإسراف في التغذية والتعرض للضغوط ...الخ .

إذا فالتثقيف الصحي فيما يتعلق بالتاريخ العائلي المرضي يبقى الأسلوب الأمثل لترشيد سلوكيات أفراد العائلة، وهو السياج الذي تتقي به أية عائلة مخاطر الأمراض المزمنة مهما كانت طبيعة ظروفها الإقتصادية والإجتماعية متدهورة، وعلى هذا الأساس ومن خلال النسبة التي قدرت بـــ70% لموقف المبحوثين الرافض لوجود تاريخ عائلي للمرض، يمكن إثبات حقيقة هامة، مفادها أن وراثة هذه النوعية من الأمراض المزمنة تكثر في بعض العائلات دون غيرها هذا من جهة، ومن جهة أخرى فإن عامل الوراثة على

[1] البنك الدولي، النوع الإجتماعي والتنمية في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، دار الساقي، بيروت، 2005، ص22 .

الرغم من أنه عامل مهيأ للإصابة بأمراض العصر المزمنة كالضغط الدموي، السكري وأمراض القلب، إلا أنه ليس الوحيد المسؤول عن إنتشار هذه الأمراض في المجتمع، وإنما يرجع الأمر إلى عوامل أخرى مؤهبة ومفجرة لهذه الأمراض des facteurs diclanchants تساعد وتسرع من ظهور الإصابة بها، ومن ذلك وفرة الغذاء والإفراط فيه، الإحجام عن ممارسة الرياضة، وهنا لا يمكن إغفال النسبة المقدرة بـــ09.09% التي سجلت للمبحوثين الذين كانوا يجهلون تاريخيهم العائلي المرضي، الأمر الذي يمثل مؤشر آخر قوي يدل على نقص الوعي الصحي والوقائي لدى هؤلاء الأفراد، فيما يخص تاريخ مسببات الأمراض التي يعانون منها حاليا .

جدول رقم (77): يمثل شكل أسر المبحوثين وعلاقته بإثارة الحوار والنقاش حول الوراثة والأسباب الأخرى ومضاعفات الأمراض المزمنة كالضغط الدموي، السكري القلب قبل الإصابة بها.

إثارة الحوار والنقاش الأسري / شكل الأسرة	نعم	لا	أحيانا	المجموع
ممتدة (كبيرة)	65 %26.10	75 %30.12	109 %43.78	249 %100
نووية (صغيرة)	33 %17.28	102 %53.40	56 %29.32	191 %100
المجمـــــــوع	98 %22.27	177 %40.23	165 %37.5	440 %100

يختلف الحوار أو النقاش بإختلاف المواقف الحياتية ويعد الحوار الأسري أهم وسائل الإتصال الفعالة والتي تحقق نتائج صحية ووقائية إيجابية، من هنا تأتي أهمية إثارة الحوار أو النقاش الأسري حول معرفة أسباب الإصابة بالأمراض المزمنة كالضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب، وبخاصة لما يتعلق الأمر بوجود الوراثة كسبب كامن يتفاعل مع الأسباب الأخرى لإحداث الضرر في جسم الإنسان وتعرضه أكثر لمثل هذه الأمراض، وفي هذا السياق جاء هذا الجدول الذي يمثل شكل أسر المبحوثين وعلاقته بإثارة الحوار والنقاش حول الوراثة والأسباب الأخرى ومضاعفات الأمراض المزمنة (ضغط الدم، داء السكري وأمراض القلب) قبل الإصابة بها، الأمر الذي يظهر من خلال النسبة الغالبة والعالية المقدرة بـــ40.23%، والممثلة لموقف المبحوثين الذي إنحصر في الإجابة بعدم وجود حوار أو نقاش أسري حول مسببات ومضاعفات هذه الأمراض المزمنة، وهذا مقابل نسبة قدرت بـــ37.5% جاءت تمثل موقف المبحوثين القائل بأحيانا في شأن وجود حوار أو نقاش أسري حول مسببات هذه الأمراض المزمنة، أما المبحوثين الذين إنحصر موقفهم في

الإجابة بنعم لوجود حوار أو نقاش أسري حول مسببات الأمراض المزمنة فقد قدرت النسبة لديهم بـــ22.27%.

وللإشارة فإن متغير شكل الأسرة كان له دورا فعالا في توجيه موقف المبحوثين الرافض لوجود حوار أو نقاش أسري لأسباب الأمراض المزمنة بما في ذلك الوراثة، حيث تظهر نسبة عالية قدرت بـــ53.40% هي لشكل الأسرة النووية أي الصغيرة الحجم، مقابل أدنى نسبة قدرت بـــ17.28% لنفس الشكل الأسري، غير أنها تمثل موقف المبحوثين القائل بنعم، أما نمط الأسرة الممتدة أي الكبيرة الحجم، الذي يمثل موقف المبحوثين الرافض، فقد سجل نسبة تقدر بـــ30.12%، مقابل أدنى نسبة قدرت بـــ26.10% من نفس النمط الأسري، غير أنها تندرج ضمن موقف المبحوثين المؤيد.

من خلال هذه النتائج الإحصائية يتبين للوهلة الأولى أن هناك ضعف وإفتقاد بارز في مدى إثارة حوار أو نقاش أسري بخصوص مسألة الوراثة والعوامل الأخرى المتسببة في الإصابة بالأمراض المزمنة ومضاعفاتها، وقبل تعرض أفراد العينة للإصابة بهذه الأمراض (الضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب) وحسب أراء أفراد العينة فإنه حتى وإن حدث حوار أو نقاش فيكون غير ناضج وبأسلوب قهري في معظم الحالات، ويحدث ذلك إما في المناسبات أو تعرض أحد أعضاء العائلة أو الجيران للإصابة بمرض مزمن.

ولعل ميل إجابات المبحوثين بشكل طفيف، نحو إثارة الأسرة الممتدة (الكبير الحجم) مقارنة بالأسرة النووية وذات الحجم الصغير للحوار والنقاش والأسباب الأخرى للأمراض المزمنة وحتى مضاعفاتها، يرجع أساسا إلى العدد المرتفع لأعضائها، والتنوع في فئاتهم العمرية، وثراء خبراتهم ومعارفهم وتجاربهم حول مسائل الصحة والأمراض، بالإضافة إلى العلاقات التي قد تكون وثيقة بعدد معتبر لكل فرد في الأسرة الممتدة مع أعضائها الآخرين، وهنا طرحت بعض الآراء للمبحوثين، أن الأسرة الكبيرة الحجم كانت قادرة على طرح العديد من المشكلات الصحية، وفرض التبادل في الإحترام والإصغاء للنصائح، وبالطبع في أوقات معينة ما لم يحدث فيها فتور عاطفي أو خلافات أو صراعات أسرية حادة، قد تحول دون إثارة مثل هذه المسائل الصحية (الوراثية خاصة)، الأمر الذي صرح به العديد من المبحوثين، وفي هذا الصدد فإن العادات والتقاليد غير الصحية المتوارثة عن طريق الأجداد لها تأثيرات كبيرة على توجيه مضمون موضوعات الحوار الأسري، فهي قادرة حتى على تغيير الأفكار والإتجاهات نحو الحث مثلا على العلاج التقليدي دون الوعي بالأضرار والفوائد، وهذا ما صرح به أيضا المبحوثين .

إذا فالكثير من الأسر يعاني من ويلات هذا السلوك –حسب عرض آراء المبحوثين- وحول أسباب إنعدام أو نقص الحوار في الوسط الأسري يتفق مجموعة من المبحوثين على القول بما يلي:" نعيش أجواء أسرية متوترة والقلق والمشاكل تحيط من كل جهة فكيف يكون للحوار والتفاهم مكان." وهذا يعني أن الصراعات والقلق والمخاوف جميعها معوقات تحول دون ممارسة سلوك الحوار والنقاش بين أعضاء أسر المبحوثين في قضايا الصحة ومعرفة أسباب الأمراض المزمنة، وحتى حل الكثير من المشكلات الحياتية.

ونظرا للواقع الإجتماعي الجديد الذي فرضته حركية المجتمع الجزائري، فمن الممكن أن يكون إنهماك الفاعلين في الأسرة، وبخاصة الوالدين في حل المشكلات اليومية سببا يحول دون إهتمامهم بفتح حوارات ونقاشات حول أسباب هذه النوعية من الأمراض، ولا يخفى على أحد أن الأسرة في الواقع قد تعرضت لجملة من التغيرات البنائية، التي أثرت على طبيعة أدوارها في مسألة تقديم وتنمية الرعاية الصحية والوعي الصحي في المسكن الأسري، ولعل من أبرز التغيرات التي مست البنية الأسرية حاليا هي عملية الإنتقال من النمط الممتد إلى النمط النووي، بالإضافة إلى دخول المرأة ميدان العمل.

المطلب الرابع : قلة الوعي الصحي الوقائي وخاصة الغذائي لدى الأفراد وآثار ذلك المرضية.

تبرز أهمية الصحة والوقاية من الأمراض المزمنة على المستوى الفردي أو الشخصي من المعرفة الأكيدة بأن الفرد هو الحجر الأساسي في بناء الأسرة والمجتمع معا، وأن المستوى الصحي لهذين النسقين ما هو إلا محصله لتفاعل صحة كل فرد مع صحة الأفراد الآخرين وتفاعل صحة كل منهم وحالات بيئتهم السكنية، البيولوجية والإجتماعية ضمن هذين النسقين، ومن هذا الفهم يمكن القول أن الصحة العامة والوقاية من الأمراض المزمنة تمثل الدائرة الكبيرة للمجتمع، التي تضم بداخلها دوائر أصغر منها تمثل صحة الأسرة وبداخل هذه الأخيرة توجد عناصر عديدة تمثل الصحة الفردية في تفاعلها مع الأسرة والمجتمع ونشاطاتهما الصحية.

إذا فالوعي الصحي الوقائي للأفراد من مخاطر الإصابة بالأمراض المزمنة كضغط الدم، السكري وأمراض القلب يظهر جيدا في تعاونهم الكامل مع أعضاء الأسرة والمجتمع على حد سواء، لتفادي مثل هذه الأمراض، ومن خلال محاولتهم التكيف مع المحيط الذي يعيشون فيه ويتفاعلون معه ويتجنبون السلوكيات والممارسات غير لصحية والعادات السيئة كالتدخين والإحجام عن النشاط الحركي، الإفراط في الأغذية المسمنة...الخ، وهذا بإعتبار أن أكثر الأمراض المزمنة كالضغط الدموي، السكري وأمراض القلب والتي يعاني منها الإنسان حاليا هي من صنع يده، وآثار سلوكياته وعاداته في البيئة التي يعيش فيها، ومن نتائج معاملاته مع الآخرين ومع أحداث الحياة التي يواجهها، وللأسف معظم هذه السلـــــوكيات والعـــادات -وبخاصة الغذائية- المؤدية إلى هذه الأمراض المزمنة قابلة للتوقي، لو عرف كل فرد إلتزماته الصحية والوقائية وأداها نحو نفسه ونحو أسرته ونحو مجتمعه الذي ينتمي إليه .

جدول رقم (78) : يمثل جنس المبحوثين وعلاقته بكيفية مواجهتهم مشكلات وأحداث الحياة قبل إصابتهم بالمرض المزمن الذي يعانون منه.

كيفية التعامل أو مواجهة مشكلات و أحداث الحياة / الجنس	السكوت والكبت	التعبير أو التفريغ بهدوء للآخرين	التوكل أو الإحتساب إلى الله عز وجل	الصراخ والمشدات الآنية	التسرع في إتخاذ القرارات	التماطل في إتخاذ القرارات	الإنفعال والغضب الشديدين والمستمرين	كيفية أخرى*	المجموع
ذكور	79 %38.35	34 %16.50	04 %01.94	24 %11.65	06 %02.91	01 %0.49	51 %24.76	07 %03.40	206 %100
إناث	101 %43.16	20 %08.55	10 %04.27	20 %8.55	05 %02.14	02 %0.85	63 %26.92	13 %05.56	234 %100
المجمـــــــــــــــــوع	180 %40.27	54 %12.27	14 %03.18	44 %10	11 %2.5	03 %0.68	114 %05.19	20 %100	440 %100

*ملاحظة: تتمثل كيفية أخرى لمواجهة مشكلات وأحداث الحياة من طرف المبحوثين في : الصبر،الدعاء، اللجوء إلى الرقية الشرعية، اللجوء إلى الأطباء المختصين.

إن تدقيق الملاحظة على نتائج هذا الجدول يظهر جليا أن هناك نسبة عالية قدرت بـــ40.27%، تمثل إجابات المبحوثين التي تركزت في السكوت والكبت كإستراتجية أو كيفية كانوا يتخذونها لمواجهة مشكلات وأحداث الحياة اليومية الإجتماعية والأسرية، وهذا مقابل النسب الأخرى المتبقية والمسجلة في هذا الشأن، والتي تبدو أضعف على النحو الآتي: نسبة 25.91% لكيفيتي الإنفعال والغضب الشديدين والمستمرين، نسبة 12.27% لكيفية التعبير أو التفريغ بهدوء للآخرين (أعضاء الأسرة، الأصدقاء، زملاء العمل ...)، نسبة 10% لكيفية الصراخ والمشدات الآنية، نسبة 04.55% لكيفية أخرى، نسبة 03.18% لكيفية التوكل أو الإحتساب إلى الله عز وجل، نسبة 02.5% لكيفية التسرع في إنخاذ القرارات، وأخير نسبة 0.68% لكيفية التماطل في إتخاذ القرارات .

وكما هو معروف فإن إستراتيجية أو كيفية مواجهة مشكلات وأحداث الحياة اليومية تختلف بين الجنسين بحكم إختلاف التكوين الفيزيولوجي، النفسي وحتى المرفولوجي، في مسألة رد الفعل والمقاومة والإستجابة تجاه مثل هذه الأحداث، وبخاصة الضاغطة منها والأليمة، لذلك عند إدخال متغير الجنس تبين أن هناك تعزيز واضح لإتجاه الجدول العام، الذي تمحور حول كيفية السكوت والكبت من طرف جنس الإناث، وذلك بنسبة معتبرة قدرت بـــ43.16% تقابلها نسبة دنيا تقدر بـــ0.85% لنفس الجنس، غير أنها تمثل كيفية التماطل في إتخاذ القرارات، أما بالنسبة للمبحوثين الذكور الذين عززوا إستراتيجية السكوت والكبت، فقد سجلت لموقفهم هذا نسبة قدرت بـــ38.35%، تقابلها نسبة دنيا تقدر بـــ0.49% هي لنفس الجنس، لكنها تمثل التماطل في إتخاذ القرارات.

ومن خلال القراءاة الإحصائية التي أبرزت أن كيفية التعامل أو مواجهة المبحوثين لمشكلات وأحداث الحياة قد تمركزت في السكوت والكبت، وبخاصة لدى جنس الإناث، يمكن إستنتاج أن لكل فرد من الأفراد نقاط ضعفه في إستعياب محيطه وإدراك ماهية ما يقع فيه من مشكلات وأحداث يعيشها ويواجهها قد تكون مؤلمة ومدمرة لصحته، والسكوت والكبت وما يتعرض له الفرد من صعوبات وعقبات مادية ومعنوية وعضوية هي مواقف تقف عائقا في سبيل تحقيق دوافعه نحو أهدافه، الأمر الذي قد يؤدي إلى ضغوطات وإضطربات فيزيولوجية وسيكولوجية مصاحبة لذلك. وفي هذا الصدد أشارت عدة دراسات أن الفرد كلما تكون سلوكياته التفاعلية مع المشكلات والأحداث والصراعات مبنية على قمع الشحنات الإنفعالية لديه، يتعرض أكثر للإصابة بمرض إرتفاع الضغط الدموي وأمراض القلب، لذلك أكدت دراسة "سون" أن الأفراد الذين يعانون من مرض إرتفاع الضغط الدموي في المجتمع الأمريكي، قد تعرضوا لمواقف وضغوط إجتماعية ونفسية مستمرة، ومع ذلك فهم لم يدركوا أنهم واقعون تحت هذه الضغوط الناتجة عن الأحداث اليومية المؤثرة، وكما رأى "سون" أنه حتى إذا ما سئل هؤلاء الأفراد عن العراقيل والصعوبات الإنفعالية التي يواجهونها في التعبير عن آلامهم، فإنهم في غالب الأحوال ينكرون أن ليس لديهم أية خبرة في شأن مواجهة الضغوط، وهنا يفسر هذه الحالات الأطباء "الفروديون" أن عدم حساسيتهم وشعورهم بالضغط تعود أساسا إلى عملية السكوت والكبت، كما فسر "ألكسندر" في ضوء علم النفس التحليلي هذه

المواقف أن الأفراد يتعرضون للإصابة بمرض إرتفاع ضغط الدم، إذا ماكنوا غير قادرين عن التعبير مباشرة عن غضبهم وعدوانهم، لذلك يلجؤن إلى أسلوب كبت الغضب والعدوان في داخلهم.[1] وهذا ما يحدث للزوجات أمام أزواجهم العنيفين، ومما يدعم هذه النتائج هو الباحث "أنتوني مان" الذي عرف الفرد الذي يعاني من الإصابة بإرتفاع الضغط الدموي، بأنه الشخص الذي كف عداءه و لم يتمكن من التعبير عنه، ويؤيد ذلك الباحث"كوفيل" الذي أشار إلى أن الأفراد الذين يعانون من إرتفاع في ضغط الدم تبدوا عليهم المودة وضبط أنفسهم غير أن ذلك يخفى وراءه عدوانا عنيفا وحادا، وخوف المريض من التعبير عن عدوانه يرفع شدة قلقه وضغوطه، ويضيف "كوفيل"تأييده لما سبق ذكره، بأن الدراسات أثبتت إعتماد مرضى الضغط الدموي على أمهات يفرضن حمايتهن على أطفالهن، الأمر الذي يجعل إستياء الأطفال من هذه العلاقات بالرغبة في التحرر من هذه الوضعية، كما أنه غالبا ما يكون هؤلاء المرضى من ذوي الشخصيات الوسواسية الذين يميلون إلى الإتقان التام أكثر من غيرهم، مما يجعل أيضا تكيفهم مع المجتمع في غاية الصعوبة، وهناك شواهد إكلينيكية أخرى تأكد أن المواقف الإنفعالية كالكبت لها تأثيرات بالغة على أمراض القلب، حيث يكون لها رد فعل سريع على ضربات العضلة القلبية، وهذه المواقف المتواصلة ترفع من إحتمال زيادة الإصابات القلبية، وهنا تتأكد مرة أخرى الملاحظة المتكررة حول عدم وجود سبب عضوي لهذه الأمراض العصرية المزمنة، بإعتبار مثلا أعراض المرض القلبي العضوي تظهر عادة تحت القفص أو بالقرب من فم المعدة، غير أن آلام هذه الإنفعالات تظهر تحت الثدي الأيسر مباشرة عند مواجهة المشكلة أو الحدث الإنفعالي.

وقد تحدث الأمراض القلبية نتيجة الإحباط الذي يمنع من وصول الفرد إلى السيطرة في العمل أو في الوسط الأسري أو حتى فشله في السلم الإجتماعي.[2] وهذه جميعها حالات ضاغطة تثير القلق لدى الأفراد أو تعيد إلى ذاكرتهم جزءا من ماضي يفضلون نسيانه، ولذلك ينبغي توعية الأفراد على إكتساب إسترتجيات ومهارات وخبرات حياتية تمكنهم من التعامل ومواجهة الأحداث والمواقف الإجتماعية الصعبة، لأن الكثير منهم يبقى عاجزا أمام هذه المواقف، الأمر الذي يولد بداخله الكبت الدائم، ولعل الإناث هم أكثر عرضة لمثل هذه الحالات بإعتبارهم يميلون أكثر إلى كبت مشاعر الغضب، فالظروف الإجتماعية المتدهورة إلى جانب تسلط الرجال وتعرضهن أحيانا إلى التمييز، كل ذلك يعمل مع مرور الزمن على قهر مشاعرهن وجعلهن لا يظهرن ما يخفين بداخلهن، بسبب عجزهن عن التعبير في شكل سلوكيات الآخرين (الرجال)، وهذه المعرفة الذاتية السلبية قد تكون مدمرة لصحتهن، ومن الجدير ذكره أن الأحداث السوسيو-أمنية التي عايشها الفرد الجزائري قد تركت نوع من القمع للمشاعر وولدت مخاوف بين الأفراد، حتى من تبادل الحديث بين بعضهم البعض، حيث نقصت الثقة في الأشخاص، وفي الأماكن العامة والخاصة في فترات

---

[1] محمد كامل عويضة، الصحة في منظور علم النفس، دار الكتب العلمية، بيروت،ط1، 1996، ص-ص 137-138.

[2] نفس المرجع، ص139 .

مضت (سنوات التسعينيات) و لم يعد الفرد الجزائري يثق حتى في جاره وأخيه، الأمر الذي أدى إلى تراكم مشاعر الكبت، التي بدون شك لها دور في ظهور هذه النوعية من الأمراض المزمنة .

جدول رقم (79) : يبين المستوى التعليمي للمبحوثين وعلاقته بإطلاعهم لإمتلاك المعلومات حول مسببات مرض الضغط الدموي، السكري وأمراض القلب قبل الإصابة بها .

الإطلاع من عدمه / المستوى التعليمي	نعم	لا	المجمـــــوع
بدون مستوى	08 %05.88	128 %94.12	136 %100
إبتدائي	09 %11.25	71 %88.75	80 %100
متوسط	13 %15.85	69 %84.15	82 %100
ثانوي	25 %26.88	68 %73.12	93 %100
جامعي	17 %41.46	24 %58.54	41 %100
ما بعد التدرج	07 %87.5	01 %12.5	08 %100
المجمـــــــــــــــــــوع	79 %17.95	361 %82.05	440 %100

جدول رقم (80) : يبين إطلاع المبحوثين ومصادره حول مسببات مرض الضغط الدموي، السكري وأمراض القلب قبل الإصابة بها .

الإطلاع من عدمه	مصادر الإطلاع	التكرار	النسبة %
نعم	من الكتب العلمية والطبية	17	21.52
	وسائل الإعلام	20	25.31
	من المؤسسات التعليمية	08	10.13
	من خلال تبادل الحديث مع الناس وأصحاب العلاج الطبيعي	29	36.71
	من المختصين في الطب (أطباء الصيادلة)	05	06.33
المجمـــــــــوع الجزئي		79	%100 17.95
لا		361	82.05
المجمـــــــــوع الكلي		440	%100

إن محاولة الإطلاع على المعلومات بجميع الطرق (المطالعة المناقشة ...الخ)، حول الصحة ومسببات الأمراض العصرية المزمنة (ضغط الدم، السكري وأمراض القلب)، تندرج ضمن مفهوم إبستمولوجي هام من مفاهيم الثقافة الصحية، الذي يعكس في هذا المقام مدى إمتلاك الفرد للإرادة والقدرة على تغيير نظام الحياة اليومي لديه، بما في ذلك محاولة الرفع من مستوى المعلومات والمعرفة الصحية حول مسببات هذه الأمراض المزمنة، وهنا يعد متغير المستوى التعليمي هو الركن الأساسي الذي يمكن قياس من خلاله القسط الذي يملكه الفرد من الوعي الصحي، وهل هذه المعرفة الصحية معرفة حقيقية مأخوذة من مصادر علمية موثوقة أما أنها معرفة وهمية وغير موثوقة؟ .

وللكشف عن هذه الحقائق الهامة يتم التطرق لمعطيات الجدول رقم (79)، والذي يمثل علاقة المستوى التعليمي بالإطلاع وبإكتساب المعلومات من عدمها لدى المبحوثين حول الصحة ومسببات الأمراض المزمنة قيد الدراسة (ضغط الدم، السكري وأمراض القلب) قبل الإصابة بها، ومن هذا المنطلق يظهر جليا أن النسبة الغالبة التي قدرت بـــ82.05%، جاءت تمثل تصريحات المبحوثين القائلة بعدم إطلاعهم وإكتسابهم للمعلومات حول الصحة ومسببات هذه الأمراض المزمنة، وهذا مقارنة بالنسبة التي قدرت بـــ17.95%، والتي مثلت تصريحات المبحوثين القائلة بإطلاعهم وبإكتسابهم للمعلومات حول الصحة ومسببات الأمراض المزمنة، ويظهر من الملاحظة الأولى حول مدى تأثير متغير المستوى التعليمي في مواقف المبحوثين أن هناك علاقة طردية بارزة، حيث تتناقص النسب كلما إنخفض المستوى التعليمي لموقف المبحوثين المعارض، وبالمقابل ترتفع النسب كلما إرتفع المسوى التعليمي لموقف المبحوثين المؤيد، وعلى هذا النحو لقد برزت أعلى نسبة تقدر بـــ94.12%، جاءت تدعم موقف المبحوثين المعارض للإطلاع أو لإكتساب المعلومات وتمثل منهم بدون مستوى تعليمي، مقابل نسبة دنيا تقدر بـــ05.88%، هي لموقف المبحوثين المؤيد وتمثل منهم نفس فئة بدون مستوى تعليمي، ثم تقل النسبة إلى 88.75% لموقف المبحوثين المعارض تمثل منهم فئة ذوي المستوى التعليمي الإبتدائي، مقابل نسبة قدرت بـــ11.25% لنفس المستوى التعليمي غير أنها تصنف ضمن الموقف المؤيد، ثم تأتي نسبة 84.15% تمثل الموقف المعارض وذوي المستوى التعليمي المتوسط، مقابل نسبة 15.85% من نفس المستوى التعليمي وتمثل الموقف المؤيد، وتدعم نسبة تقدر بـــ73.12% الموقف المعارض، وتمثل ذوي المستوى التعليمي الثانوي، مقابل نسبة تقدر بـــ26.88% لنفس المستوى التعليمي، غير أنها تدعم الموقف المؤيد، أما ذوي المستوى الجامعي المعارض فقد سجلوا نسبة تقدر بـــ58.54%، تقابل نسبة تقدر بـــ41.46% هي لنفس المستوى التعليمي ولكنها تمثل موقفهم المؤيد، وفي الأخير تظهر نسبة تقدر بـــ12.5%، تدعم أيضا الموقف المعارض وتمثل ذوي المستوى التعليمي لما بعد التدرج، تقابلها نسبة تقدر بـــ87.5% من نفس المستوى التعليمي غير أنها تندرج ضمن الموقف المؤيد.

أما بالنسبة لمصادر إطلاع وإكتساب المعلومات من طرف المبحوثين حول مسببات أمراض العصر المزمنة قبل إصابتهم بها فتكشف معطيات الجدول رقم (80) أن أعلى نسبة قدرت بـــ36.71%، جاءت تمثل تبادل الحديث مع الناس و أصحاب العلاج الطبيعي كمصدر أول للإطلاع حول الصحة ومسببات هذه

النوعية من الأمراض، أما مصادر المعرفة الصحية الأخرى فتبدوا متفاوتة على النحو الآتي: نسبة 25.31% لوسائل الإعلام، نسبة 21.52% للكتب الطبية والعلمية، نسبة 10.13% للمؤسسات التعليمية، وأخيرا نسبة 6.33% للأخصائيين الطبيين (الأطباء والصيادلة) .

وعلى العموم يمكن إستخلاص أن المستوى التعليمي لم يؤثر بشكل كبير وبالقدر الكافي في مسألة إكتساب المعلومات من طرف المبحوثين حول مسببات الأمراض العصرية المزمنة، الأمر الذي برز من خلال تمسكهم بالمقولات الصحية والمعلومات المكتسبة من خلال الحديث مع الناس وأصحاب العلاج الطبيعي، وهذا يعني أنهم لازالوا يؤمنون بخبرة الآخرين والطب الشعبي، والمقولات الشائعة كما هو الحال بالنسبة لتصريح البعض منهم "المثل يقول إسأل المجرب وما تسألش الطبيب".

ويمكن تفسير ذلك بإنه على الرغم من إنتشار هذه الأمراض العصرية المزمنة في المجتمع وبشكل واسع، إلا أن الأفراد لم يستوعبوا الدروس و لم يبحثوا في أسبابها، نظرا لحداثتها حسب إعتقاد بعض منهم حيث صرحوا بالقول "ماكناش نسمعوا بهذا لمراض حتى أصبحنا نعانوا منها "، وفي هذه النقطة بالذات يمكن الإشارة إلى أنه تمت مقابلة إطارات مسؤولين سامين يعانون من هذه الأمراض بالمستشفى الجامعي مصطفى باشا (مكان الدراسة الميدانية)، قد صرحوا بأنهم كانوا يفتقرون لمعلومات حول مسببات هذه الأمراض المزمنة، ولكن بمجرد إصابتهم بها سارعوا على حد قولهم في البحث في شبكات الإنترنت والكتب والمجلات الطبية ولحق بهم الندم لتجاهل هذه الأمراض الخطيرة، ولكن لا ينفع الندم بعد الإصابة بالمرض المزمن كضغط الدم، السكري وأمراض القلب.

إن إهمال الأفراد لصحتهم وعدم إطلاعهم وإكتسابهم للمعلومات الصحية التي تفيد في المعرفة الحقيقية لمسببات هذه الأمراض العصرية المزمنة، وليس تجارب الآخرين المرضية التي تختلف من بيئة لأخرى ومن شخص لآخر، يؤدي بدون شك إلى إحداث الإختلال على مستوى النظام الصحي لحياة الأفراد، وبالتالي تعرضهم أكثر للإصابة بالمرض المزمن، ولعل ما يزيد المسألة تعقيدا هو قلة الثقافة الصحية وعدم إستغلالها في البحث في مسببات الأمراض وبخاصة إذا إرتبطت بمستوى تعليمي معتبر، الأمر الذي يؤدي حتما إلى فشل النسق الصحي عامة في تأدية أدواره.

وبإستخدام إحدى معاملات الإرتباط المناسبة وهو معامل التوافق الذي قدر بـــ0.27 تبين أنه توجد دلالة إحصائية تتمثل في العلاقة الطردية وإن كانت ضعيفة بين متغيرات الجدول الذي يمثل المستوى التعليمي وعلاقته بإطلاع المبحوثين لإكتساب معلومات حول مسببات الأمراض المزمنة قيد الدراسة .

جدول رقم (81) : يبين المستوى التعليمي للمبحوثين وعلاقته بإتخاذهم للإحتياطات الوقائية الغذائية من الإصابة بمرض الضغط الدموي، السكري وأمراض القلب قبل الإصابة بها.

إتخاذ الإحتياطات الوقائية الغذائية / المستوى التعليمي	نعم	لا	المجموع
بدون مستوى	02 %01.47	134 %98.53	136 %100
إبتدائي	04 %05	76 %95	80 %100
متوسط	08 %09.76	74 %90.24	82 %100
ثانوي	10 %10.75	83 %89.25	93 %100
جامعي	10 %24.39	31 %75.61	41 %100
ما بعد التدرج	05 %62.5	03 %37.5	08 100%
المجمـــــــــــــوع	39 %8.86	401 %91.14	440 %100

جدول رقم (82) : يبين المستوى التعليمي للمبحوثين وعلاقة بتناولهم بكثرة للمأكولات الغنية بملح الطعام قبل إصابتهم بالمرض المزمن.

تناول بكثرة المأكولات الغنية بملح الطعام / المستوى التعليمي	نعم	لا	المجموع
بدون مستوى	131 %96.32	05 %3.68	136 %100
إبتدائي	64 %80	16 %20	80 %100
متوسط	62 %75.61	20 %24.39	82 %100
ثانوي	70 %75.27	23 %24.73	93 %100
جامعي	20 %48.78	21 %51.22	41 %100
ما بعد التدرج	02 %25	06 %75	08 100%
المجمـــــــــــــوع	349 %79.32	91 %20.68	440 %100

جدول رقم (83) : يبين المستوى التعليمي للمبحوثين وعلاقته بإكثارهم من المأكولات والمشروبات الغنية بالسكريات قبل إصابتهم بالمرض المزمن.

الإكثار من المأكولات والمشروبات السكرية / المستوى التعليمي	نعم	لا	المجموع
بدون مستوى	125 %91.91	11 %08.09	136 %100
إبتدائي	72 %90	08 %10	80 %100
متوسط	65 %79.27	17 %20.73	82 %100
ثانوي	79 %84.95	14 %15.05	93 %100
جامعي	27 %65.85	14 %34.15	41 %100
ما بعد التدرج	03 %37.5	05 %62.5	08 100%
المجمـــــــــــــــــــــــوع	371 %84.32	69 %15.68	440 %100

إنطلاقا من القاعدة الصحية التي تقول أن الوقاية خير من العلاج والوقاية معناها إتخاذ الإحتياطات اللازمة لتجنب الإصابة بالمرض، أما المرض والعلاج فيبدأن إذا إنعدمت الوقاية، والجهد الذي يبذل في الوقاية هو عشر الجهد الذي يبذل في العلاج، والإكتشاف المبكر للمرض أفضل من الإكتشاف المتأخر وعلاج الحالة في بدايتها يستلزم عشر الجهد الذي يبذل في علاج حالة متأخرة.

وعلى هذا الأساس يمكن التعرف على أهمية الإحتياطات الوقائية الغذائية من الأمراض المزمنة (ضغط الدم، السكري وأمراض القلب)، من خلال معطيات هذا الجدول الذي يمثل المستوى التعليمي للمبحوثين وعلاقته بإتخاذهم للإحتياطات الوقائية الغذائية من عدمها قبل إصابتهم بهذه النوعية من الأمراض، وعلى ما يبدو للوهلة الأولى أن معظم المبحوثين قد أقروا وعبروا عن موقفهم الذي إنحصر في عدم إتخاذهم للإحتياطات الوقائية الغذائية اللازمة لتجنب الإصابة بهذه الأمراض المزمنة، وذلك بنسبة عالية قدرت بـــ91.14%، وبالمقابل لم تسجل سوى نسبة تقدر بـــ8.86% لموقف المبحوثين المؤيد لإتخاذهم الإحتياطات الوقائية الغذائية لتجنب الإصابة بهذه الأمراض المزمنة.

بالنظر في المستوى التعليمي ودوره في بلورت مواقف المبحوثين، يظهر جليا أن هناك تدعيما واضحا للموقف المعارض لإتخاذ الإجراءات الوقائية في مجال التغذية من طرف ذوي المستوى التعليمي المتدني، حيث يلاحظ كلما إنخفض المستوى التعليمي كلما إرتفعت النسب، والعكس صحيح بالنسبة للموقف المؤيد للإجراءات الوقائية في مجال التغذية، أي كلما إرتفع المستوى التعليمي كلما إرتفعت النسب التي تؤيد ذلك، وبالتعبير الإحصائي تسمى هذه العلاقة بالعلاقة الطردية، وبناءا على ذلك قدرت أعلى نسبة

بـــ98.53%، والتي تمثل المبحوثين بدون مستوى تعليمي وفي نفس الوقت تدعم موقفهم المعارض لإتخاذهم الإجراءات الوقائية الغذائية من الأمراض المزمنة، ويقابل ذلك نسبة دنيا تقدر بـــ1.47% تمثل المبحوثين بدون مستوى تعليمي، غير أنها تندرج ضمن موقفهم المؤيد لإتخاذهم للإجراءات الوقائية الغذائية، وفي هذا السياق جاءت النسب الواردة في الجدول والمتبقية والتي تمثل الموقف المعارض على النحو التالي: نسبة 95% لذوي المستوى التعليمي الإبتدائي مقابل نسبة 05% لنفس المستوى، غير أنها تمثل الموقف المؤيد، نسبة 90.24% لذوي المستوى التعليمي المتوسط مقابل نسبة 09.76%لنفس المستوى التعليمي، غير أنها تندرج ضمن الموقف المؤيد، نسبة 89.25% لذوي المستوى التعليمي الثانوي، تقابلها نسبة 10.75% من المستوى التعليمي نفسه ولكنها من صنف الموقف المؤيد، نسبة 75.61% لذوي المستوى التعليمي الجامعي، تقابلها نسبة 24.39% من نفس المستوى وتمثل الموقف المؤيد، نسبة 37.5% لذوي المستوى التعليمي ما بعد التدرج، مقابل نسبة 62.5% للمستوى التعليمي نفسه وتمثل الموقف المؤيد.

ولأجل الإلمام بمؤشرات المعرفة الصحية الوقائية وبخاصة الغذائية أو بالأحرى الوعي الغذائي، يمكن التعرض لشق مهم من هذا الإطار المفاهيمي وهو الممارسات أو العادات الغذائية الضارة، التي إعتاد عليها الأفراد في حياتهم اليومية، والتي تمثل ترجمة -إن صح القول- لمستوى وعيهم الصحي الوقائي أو درايتهم ومعرفتهم الصحية من عدم ذلك، قبل إصابتهم بالأمراض المزمنة ومضاعفاتها الخطيرة (الضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب)، ولعل أبرز الممارسات الغذائية الضارة التي ترتبط أشد الإرتباط بهذه النوعية من الأمراض المزمنة -حسب رأي أطباء تمت مقابلتهم أثناء الدراسة الميدانية- هي تناول أو إستهلاك وبكثرة للمأكولات والوجبات الغنية إما بملح الطعام وإما بالسكريات المكررة، الأمر الذي سيتم إكتشافه من خلال قراءة معطيات الجدولين رقم (82) ورقم (83)، حيث توضح معطيات الجدول رقم (82)، الذي يمثل المستوى التعليمي لأفراد العينة وعلاقته بتناولهم بكثرة للمأكولات الغنية بملح الطعام قبل إصابتهم بالمرض المزمن، أن هناك تسجيل أعلى نسبة قدرت بـــ79.32%، قد عادت إلى أفراد العينة الذين إنحصر موقفهم في الإجابة بنعم لتناولهم بكثرة المأكولات الغنية بملح الطعام قبل إصابتهم بالمرض المزمن، وهذا مقابل نسبة تقدر بـــ20.68% عادت لأفراد العينة الذين إنحصر موقفهم في الرفض (لا)، لتناولهم بكثرة للمأكولات الغنية بملح الطعام قبل إصابتهم بالمرض المزمن .

إن المستوى التعليمي كمتغير مستقل ضمن معطيات الجدول يبدو أنه لعب دورا بارزا في توجيه إتجاهات ومواقف أفراد العينة تجاه ممارستهم الغذائية، المتمثلة في تناولهم أو عدم تناولهم بكثرة للمأكولات الغنية بملح الطعام، وهذا ما يظهر للوهلة الأولى، حيث يدعم موقف أفراد العينة القائل بنعم لممارستهم هذه العاداة الغذائية الضارة بالنسب العالية كلما إنخفض المستوى التعليمي والعكس صحيح، أي كلما إرتفع المستوى التعليمي إنخفضت النسب معه، وتظهر هذه العلاقة بداية بأعلى نسبة تقدر بـــ96.32%، تمثل أفراد العينة بدون مستوى تعليمي، مقابل تسجيل نسبة ضعيفة قدرت بـــ3.68% هي لذوي نفس المستوى التعليمي، غير أنها تمثل موقف أفراد العينة الذي تمحور في عدم تناول المأكولات بكثرة الغنية بملح الطعام قبل

إصابتهم بالمرض المزمن، وتنخفض نسبة الموقف المؤيد لأفراد العينة إلى 80% وتمثل هذه الأخيرة ذوي المستوى التعليمي الإبتدائي، مقابل نسبة تقدر بـــ20% هي لنفس المستوى التعليمي ولكنها تمثل الموقف المعارض لتناول هذه المأكولات الضارة.

وفي نفس سياق الموقف المؤيد تظهر نسبتان متقاربتان، تقدر الأولى بـــ75.61% وهي تمثل ذوي المستوى التعليمي المتوسط، تقابلها نسبة ضغرى تقدر بـــ24.39% لنفس المستوى التعليمي وتندرج ضمن الموقف المعارض، وتقدر النسبة الثانية بـــ75.27% وهي تمثل ذوي المستوى التعليمي الثانوي، تقابلها نسبة ضغرى تقدر بـــ24.73% للمستوى التعليمي نفسه غير أنها تندرج ضمن معطيات الموقف المعارض.

ويلاحظ أن الأمر يختلف لدى الجامعيين والذي لديهم تكوين فيما بعد التدرج، حيث تظهر نسبتان منخفضتان نوعا ما ضمن موقف أفراد العينة المؤيد، مقارنة بما سجل للموقفهم المعارض لنفس المستويين، الأمر الذي يتضح في النسبة المقدرة بـــ48.78% والتي تمثل ذوي المستوى التعليمي الجامعي، تقابلها نسبة أعلى منها تقدر بـــ51.22% هي لنفس المستوى التعليمي، غير أنها تمثل موقف أفراد العينة المعارض، وتبقى النسبة الأخيرة المقدرة بـــ25% لذوي المستوى التعليمي ما بعد التدرج، وتمثل موقف أفراد العينة المؤيد، تقابلها نسبة أعلى منها تقدر بـــ75% لنفس المستوى التعليمي، ولكنها تندرج ضمن موقفهم المعاض.

وفي سياق توضيح بعض مؤشرات مستوى الوعي الصحي الغذائي لدى أفراد العينة، وبخاصة ما يتعلق بالعادة الأخرى المتمثلة في تناول المأكولات والمشروبات الغنية بالسكريات، تشير معطيات الجدول رقم(83)، الذي يمثل المستوى التعليمي لأفراد العينة وعلاقته بإكثارهم من المأكولات والمشروبات السكرية قبل إصابتهم بالمرض المزمن، إلى أنه سجلت نسبة عالية قدرت بـــ84.32% جاءت تمثل موقف أفراد العينة، الذي تمركز في الإجابة بنعم لتناولهم هذا النوع من المأكولات والمشروبات السكرية الضارة، وهذا مقارنة بالنسبة التي قدرت بـــ15.68%، والتي تمثل موقف أفراد العينة الرافض لتناول هذه المأكولات والمشروبات السكرية وبالطبع قبل إصابتهم بالمرض المزمن .

وبالإعتماد على أهم متغير مستقل وهو المستوى التعليمي –كما سبقت الإشارة إليه- الذي يشكل ركنا أساسيا من المعرفة الصحية عامة، والوعي الغذائي الوقائي بوجه الخصوص، يمكن الكشف عن بعض الأسباب الكامنة وراء تمركز إجابات المبحوثين في موقفهم المؤيد لتناولهم المأكولات والمشروبات الغنية بالسكريات قبل إصابتهم بالمرض المزمن.

وعلى هذا الأساس يلاحظ أن هذا الإتجاه العام للجدول السالف الذكر، قد تعزز بنسبة عالية قدرت بـــ91.91% هي لذوي بدون مستوى تعليمي، مقابل أدنى نسبة قدرت بـــ8.09% هي لنفس الأفراد بدون مستوى تعليمي، غير أنها تمثل موقفهم المعارض لتناولهم بكثرة المأكولات والمشروبات السكرية قبل إصابتهم بالمرض المزمن، وتأتي نسبة أخرى عالية تقدر بـــ90% تعزز الموقف المؤيد، التي تمثل ذوي المستوى التعليمي الإبتدائي، مقابل نسبة دنيا قدر بـــ10% للمستوى التعليمي نفسه، غير أنها تمثل الموقف المعارض.

ثم تأتي نسبة تقدر بـــ84.95% تدعم أيضا الموقف الموافق وتمثل ذوي المستوى التعليمي الثانوي، مقابل نسبة دنيا تقدر بـــ15.05% للمستوى التعليمي نفسه، غير أنها تمثل الموقف الرافض.

وبالرجوع إلى ذوي المستوى التعليمي المتوسط الذين دعموا أيضا الموقف الموافق، يلاحظ أنه سجلت لهم نسبة قدرت بـــ79.27%، تقابلها نسبة أدنى قدرت بـــ20.73% هي للمستوى التعليمي نفسه ولكنها تمثل الموقف الرافض.

والملاحظة الملفتة للإنتباه هي النتيجة المسجلة للجامعيين والمتمثلة في النسبة العالية والمعتبرة والمقدرة بـــ65.85% لموقفهم المؤيد لتناولهم بكثرة المأكولات والمشروبات السكرية قبل إصابتهم بالمرض المزمن، وبالطبع هذا بالمقارنة مع النسبة المقدرة بـــ34.15%، والمسجلة للمستوى التعليمي نفسه، غير أنها تمثل موقفهم المعارض .

وفي الأخير تم تسجيل نسبة تقدر بـــ37.5% لذوي المستوى التعليمي ما بعد التدرج، والتي تمثل موقفهم المؤيد، مقابل تسجيل نسبة أعلى قدرت بـــ62.5% للمستوى التعليمي نفسه ولكنها تمثل الموقف المعارض.

وفي ضوء هذه المعطيات الإحصائية يمكن إستنتاج أنه برز تهاون ملموس من طرف المبحوثين وبخاصة منهم ذوي المستويات التعليمية الدنيا فيما يتعلق بإتخاذ الإحتياطات أو الإجراءات الوقائية في مسألة التغذية، التي تقي من الإصابة بالأمراض المزمنة (الضغط الدموي، السكري وأمراض القلب)، لذلك صرح العديد من هؤلاء أنهم يتحملون جزءا كبيرا من مسؤولية إصابتهم بالمرض المزمن، وبخاصة من تعرضوا للإصابة في سن مبكر، حيث إتفق البعض منهم على القول أثناء المقابلات الميدانية: "ما كناش نحافظو على صحتنا، كنا ناكلوا ونرقدو برك" ومعنى ذلك قد حصروا الصحة في الأكل والنوم، وهذا مؤشر آخر قوي يتفاعل من دون شك مع الإستهلاك الكثيف الذي ظهر لدى معظم أفراد العينة قبل إصابتهم بالمرض المزمن، للمأكولات الغنية بملح الطعام أو المأكولات والمشروبات المملوءة بالسكريات، مما يساهم في الإصابة بالأمراض المزمنة كالضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب، وللإشارة فإن نقص الوعي الوقائي الغذائي الذي برز في شكل زيادة إستهلاك ملح الطعام والسكريات، يمثل حسب العديد من الدراسات والمختصون في شؤون التغذية عاملا مؤهبا، وأحيانا مفجرا Diclanchant لهذه النوعية من الأمراض المزمنة (الضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب)، ويحدث ذلك بخاصة في حالة وجود عوامل أخرى كالوراثة، إلى جانب عامل التقدم في السن (خاصة بعد الأربعين سنة)*[1]، يؤكد أن كل فرد مسؤول عن إصابته بالمرض المزمن بالتوازي مع مسؤولية الأسرة والمجتمع أو البيئة التي يعيش فيها، كما يؤكد أن الإصابة بأمراض العصر المزمنة ما هي إلا مساهمة ردود أفعال لطريقة الحياة (غير الوقائية) التي يتبعها الفرد في البيئة على مر الأيام.

* راجع المطلب الرابع الخاص بتدني مستوى الثقافة الغذائية الوقائية وإنعكاساتها على ظهور الإصابة بالمرض المزمن، الفصل الســـادس، البـــاب الثاني للدراسة الميدانية.

وهكذا يبدو أن المرض المزمن مثلما يحتاج إلى وقت طويل للعلاج والتخفيض من حدته، فهو أيضا يحتاج إلى إجراءات وقائية صارمة ودائمة مع ديمومة حياة الإنسان، لأن رعاية المرض المزمن مكلفة للغاية من ناحية الزمن والمال .

ولعل للأمية والجهل والتخلف الثقافي دورا بارزا في عدم تمسك الأفراد بسبل الوقاية من الأمراض المزمنة، وبخاصة لما يتعلق الأمر بممارسات يمكن تجنبها كالتي إرتبطت بمسألة التغذية وتناول أفراد العينة بكثرة للمأكولات العالية الملوحة أو المأكولات والمشروبات السكرية، وإستنادا إلى تحليل الدور الذي لعبه المستوى التعليمي في الرفع من مستوى الوعي الغذائي لدى أفراد العينة -حتى وإن كان محدودا أحيانا لدى ذوي المستويات التعليمية المعتبرة- فإنه من الممكن إستنتاج وجود علاقة طردية بينه وبين مستوى الوعي الصحي الوقائي الغذائي، إذ أن الأميين أقل معرفة صحية وأقل وعيا صحيا مقارنة بالمتعلمين، ويمكن تفسير هذا التباين بالجهل والأمية كظاهرة منتشرة بشكل في المجتمع الجزائري، والتي تعتبر من أبرز المعوقات الرئيسية لنشر التثقيف الصحي والرفع من مستوى الوعي الصحي الإجتماعي في المجتمع.

فالمستوى التعليمي المنخفض يجعل الفرد بعيدا كل البعد عن معرفة مسببات الأمراض والإحتياطات التي تجنبه منها، بالإضافة إلى تأثيره السلبي على إضطراب عاداته الغذائية وسلوكياته الصحية، وأيضا إضطراب مواقفه الإجتماعية تجاه أحداث الحياة وحتى في علاقته الإجتماعية، الأمر الذي يعرضه أكثر لمخاطر أمراض العصر المزمنة كالضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب.

وهكذا يبدوا أن تهديدات الإصابة بالأمراض العصرية المزمنة لا تزال قائمة نتيجة الإبتعاد عن السبل الوقائية ورفض الأفراد لرفع المستوى الصحي الوقائي في المجتمع، وهذا رغم تحسين طرق الوقاية بالتصدي لكل ما يهدد حياة السكان إلا أن الفاعلين في مجال الصحة لازالوا يعانون أعباء هذه النوعية من الأمراض المزمنة، والتي يمكن الوقاية منها، ولعل ذلك من الأسباب التي أدت بالدراسات الإبدميولوجية المهتمة بأمراض العصر إلى دراسة العادات والخبرات الإجتماعية وسلوكيات الأفراد واعتبرت ذلك مشكلة لا يمكن التحكم فيها إلا بالسبل الوقائية كممارسة الرياضة، الإبتعاد عن سلوك التدخين...الخ هذا ما يتم التفصيل فيه في الجداول اللاحقة .

ولإظهار درجة الإرتباط بين المستوى التعليمي وعلاقته بإتخاذ المبحوثين للإحتياطات الوقائية الغذائية من الأمراض المزمنة قيد الدراسة، قد تم حساب معامل الإرتباط وهو معامل التوافق الذي وجد أنه يساوي 0.25، وهذا يعني أن هناك دلالة إحصائية تكشف عن وجود علاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين المذكورين آنفا ضمن جدول رقم(81) .

المطلب الخامس : قلة مقدار النشاط البدني لدى الأفراد وتأثيره على إنتشار المرض المزمن.

إستنادا إلى رأي الأطباء تمت مقابلتهم ميدانيا فإنه لا يخفى على أي شخص أهمية ممارسة النشاط البدني بمختلف أشكاله (كممارسة الرياضة، المشي ومقدار النشاط في العمل ...) على الصحة عامة والوقاية من الأمراض المزمنة كالسمنة، ضغط الدم، السكري والقلب، إلا أنه لا بد من الإشارة هنا إلى أن ممارسة النشاط البدني تعتبر من أهم الإجراءات الوقاية وأفضلها إذا كانت بإنتظام لتفادي الإصابة بأحد هذه الأمراض المزمنة، لأن وزن الجسم ليس في حالة مستقرة بل تتجاذبه عوامل عديدة من أهمها زيادة تناول الغذاء، مما قد تعصف به نحو زيادة الوزن، ما لم يبذل جهدا إيجابيا مستمرا للحفاظ على توازنه وبذلك يمكن ضمان أرقى مستوى لصحة الجسم في مختلف الأعمار، ومن خلال القليل الدائم من النشاط الرياضي، وقبل الخوض في الحقائق المرتبطة بالنشاط البدني أو ممارسة الرياضة من المفيد جدا الإشارة إلى أن طبيعة الحياة التي كان يعيشها الأفراد في الماضي حينما كانت وسائل الراحة والرفاهية غير متوفرة كما هو الحال في الوقت الراهن، فكان الجهد البدني أمرا يأتي هكذا عفويا من خلال سعي الفرد لتوفير غذائه وحاجياته ونمط حياته وعمله، حيث كان يكتسب بنية قوية ولياقة بدنية جيدة من خلال وسائل العيش التي كان يعتمد عليها في العيش (الفلاحة،الصيد...)، والتي تفرض عليه النشاط والحيوية، لأن النشاط ومختلف وسائل العيش كانت تعتمد على القوة البدنية ، وعلى هذا الأساس يمكن إكتشاف مدى ممارسة النشاطات الحركية لدى الجنسين من المبحوثين حتى تكون الملاحظة عادلة، ولتأكد ما هو شائع عن إحجام جنس الإناث عن ممارسة الرياضة ودون إغفال متغير المستوى التعليمي الذي يلعب دورا فعالا في هذا الشأن.

جدول رقم (84) : يبين جنس المبحوثين ومستواهم التعليمي وعلاقتهما بممارسة الرياضة من عدمها قبل إصابتهم بالمرض المزمن .

الجنس/ المستوى التعليمي	ممارسة المبحوثين للرياضة	نعم	لا	المجموع
ذكور	بدون مستوى	02 %04.76	40 %95.24	42 %100
	إبتدائي	04 %12.90	27 %87.10	31 %100
	متوسط	08 %18.18	36 %81.82	44 %100
	ثانوي	15 %26.32	42 %73.68	57 %100
	جامعي	10 %37.04	17 %62.96	27 %100
	ما بعد التدرج	04 %80	01 %20	05 %100
	المجمـــــــوع الجزئي	43 %20.87	163 %79.13	206 %100
إناث	بدون مستوى	- -	94 %100	94 %100
	إبتدائي	03 %06.12	46 %93.88	49 %100
	متوسط	02 %05.26	36 %94.74	38 %100
	ثانوي	04 %11.11	32 %88.89	36 %100
	جامعي	03 %21.43	11 %78.57	14 %100
	ما بعد التدرج	03 %100	- -	03 %100
	المجمـــــــوع الجزئي	15 %06.41	219 %93.59	234 %100
المجمـــــــــوع كلي		58 %13.18	382 %86.82	440 %100

من معطيات الجدول رقم (84) والذي يمثل جنس المبحوثين ومستواهم التعليمي وعلاقتهما بممارسة الرياضة قبل إصابتهم بالمرض المزمن (ضغط الدم، السكري وأمراض القلب)، يبدوا أن النسبة العالية والتي قدرت بـــ86.82% قد عادت إلى تصريحات المبحوثين التي إنحصرت في الإجابة على عدم ممارسة الرياضة قبل إصابتهم بالمرض المزمن، وهذا مقابل نسبة قدرت بـــ13.18% عادت إلى تصريحات المبحوثين الموافقة على ممارسة الرياضة، وكما هو معروف فإن المرأة مقيدة بالضوابط الإجتماعية التي تحدد نشاطها الرياضي

مقارنة بالرجال، لذلك فالمعطيات الواردة في الجدول تكشف أن موقف المبحوثين الرافض لممارسة الرياضة، جاء مدعما بأقصى نسبة وهي 93.59% من مجموع إجابات جنس الإناث، وتتوزع هذه النسبة المسجلة لجنس الإناث حول المستويات التعليمية لهن على النحو الآتي: نسبة 100% بدون مستوى منهم والتي تعزز الموقف الرافض أيضا، مقابل ولا نسبة لنفس مستواهن التعليمي ولكنها تمثل الموقف المؤيد، وتتناقص النسب لديهن حتى تنعدم في مستوى ما بعد التدرج للموقف المعارض، مقابل نسبة 100% لنفس مستواهن التعليمي غير أنها تمثل الموقف المؤيد، في حين وبالمقارنة البسيطة يلاحظ أن جنس الذكور سجلوا نسبة تقدر بـــ79.13% والتي تندرج ضمن الموقف المعارض لممارستهم الرياضية، وتتوزع هذه الأخيرة بأعلى نسبة تقدر بـــ95.24% جاء تعزز أيضا الموقف المعارض ولكنها لعديمي المستوى التعليمي منهم، مقابل أدنى نسبة للمستوى التعليمي نفسه تقدر بـــ4.76% غير أنها تمثل الموقف المؤيد.

ويظهر أيضا أن النسب المسجلة لجنس الذكور ولموقفهم الرافض تتناقص تدريجيا كلما إرتفع المستوى التعليمي حتى تصل إلى نسبة 20% لمستوى ما بعد التدرج، مقابل نسبة 80% لنفس المستوى، غير أن هذه الأخيرة تمثل الموقف المؤيد لممارسة الرياضية.

ومن الجدير ذكره أن المستوى التعليمي لكلا الجنسين قد أثر في مواقفهما وفقا لعلاقة طردية أي كلما إنخفض المستوى التعليمي لكلا الجنسين، إرتفعت النسب تجاه موقف عدم ممارسة الرياضة وكلما إرتفع المستوى التعليمي قد إرتفعت معه النسب تجاه الموقف الموافق لممارسة الرياضة.

إن مؤشر عدم ممارسة الرياضية يعد مظهرا هاما من مظاهر الإفتقار إلى الوعي الصحي لدى الأفراد، وهذا يعني أنه كلما زادت المقدرة لدى الأفراد على تحريك العضلات والمفاصل إزدادت مرونة الجسم، وكلما تدربت عضلات الجسم على تحمل الجهد كلما تناقصت الأنسجة الدهنية في الجسم، وبالمقابل إعتدل وزنه(الوزن الصحي)، ولا شك أن أي مجهود بدني يرفع من إستهلاك الطاقة والسعرات الحرارية التي تفرزها عمليات إستقلاب العناصر الغذائية في الجسم، الأمر الذي يقي من حدوث السمنة، والتي تعتبر مرضا وعامل خطر في نفس الوقت للإصابة بأمراض العصر المزمنة(ضغط الدم، السكري وأمراض القلب).

إن الرياضة بكل أشكالها إزدادت أهمية ممارستها في الوقت الحاضر أكثر مما مضى، لأن نمط الحياة الحديث والعصري أصبح يعتمد على ما توفره عمليات التحضر السارية في المجتمع اليوم، من وسائل الراحة والرفاهية الجسمانية، حيث أصبحت الحركة قليلة وتراجع النشاط البدني وأصبح لا يمارس إلا بشكل محدود، فالأفراد صرفوا الإهتمام تجاه مظاهر الحياة وهمومها، وهذا على الرغم من الضغوط الإجتماعية والنفسية التي أصبحوا يعيشونها يوميا، وكما هو معلوم فإن الرياضة تعتبر العملية الفعالة للتفريغ والتنفيس والخروج من حياة الضغط، لذلك أشارت العديد من الدراسات إلى أن زيادة معدلات الإصابة بأمراض القلب أصبحت مرتبطة أشد الإرتباط بزيادة الإعتماد على وسائل الراحة والخمول والرفاهية، وما يصاحبها من نمط غذائي بات يتوفر على كميات إضافية عن حاجة الإنسان من الطاقة اللازمة للجسم، الأمر الذي

يؤدي إلى زيادة الوزن كما يؤدي إلى الرفع من معدلات الضغط الدموي وتصلب الشرايين، التي تشكل عوامل خطر ترفع بدورها من الإصابة بالأمراض القلبية كما هو الحال بالنسبة للذبحة الصدرية.

كما تشير الإحصائيات إلى أن إنخفاض مستوى النشاط البدني يعتبر من أبرز العوامل الكامنة وراء إنتشار أمراض العصر المزمنة بكل أنواعها، ومن خلال المقارنة بين مجموعتين من الأشخاص، تعيش الأولى حياة هادئة وينخفض لدى أفرادها النشاط الحركي، ومجموعة ثانية يمارس أفرادها النشاط البدني، من حيث الضغط الدموي وتعدد ضربات القلب وكمية الأكسجين والقدرة على تحمل المجهود العضلي ومقارنة وزن الجسم، فوجد أن المجموعة الثانية التي تمارس النشاط الحركي هي الأحسن على الإطلاق.[1] وبالطبع يمارس النشاط البدني وفقا لأساس "لا إفراط ولا تفريط" لضمان الصحة الجيدة التي تقي من هذه الأمراض القاتلة.

إن أهمية ممارسة التمارين الرياضية تكمن بشكل واضح في الوقاية من أمراض العصر المزمنة السالفة الذكر، فهي تعني ضرب عصفورين بحجر واحد، أي تعمل على تحسين اللياقة الجسمانية من جهة، ومن جهة أخرى تساعد على تقوية عضلة القلب، لذلك يلاحظ إنخفاض معدل ضربات القلب وإنخفاض في معدل ضغط لدم لدى الأفراد الذين يمارسون النشاط الرياضي، مقارنة بالأفراد الخاملين العاجزين عن ممارسة هذا النشاط.

وللإشارة فإنه قد حدث تطور كبير في هذه الأزمنة الحديثة لمفهوم الرياضة ومزاولة التمارين الرياضية والحاجة لممارسة الرياضة من طرف مختلف الفئات العمرية ولكلا الجنسين، حيث أصبح موضوع اللياقة البدنية يشد إهتمام جميع شرائح المجتمع السلمين، غير أن النتيجة الهامة التي برزت من خلال هذا الجدول والتي أفادت بأن جنس الإناث هم أقل ممارسة للرياضة مقارنة بجنس الذكور، الأمر الذي يساهم في تعرضهم أكثر للإصابة بأمراض العصر المزمنة، ويمكن تفسير ذلك من وجهة النظر السوسيولوجية أن معظم العرف الإجتماعي أو العادات والتقاليد السائدة في المجتمع الجزائري لا تشجع المرأة على ممارسة الرياضة الجماعية أو الفردية مثل العدو والجري والسباحة وركوب الدراجات خارج الأندية، وحتى في بعض الأسر، وهنا ينبغي القول أن الدخل المحدود والمتوسط قد يعيق ذوي هذه الحالات الإقتصادية والإجتماعية عن ممارسة الرياضة الجماعية والقعود إلى ممارستها في المترل تحت ظروف غير مشجعة وغير حافزة على الإستمرار.

يضاف إلى ذلك عدم الإنتظام في ممارسة الرياضة البدنية كجزء من النشاط اليومي الحياتي وإعتبار الرياضة لدى الكثير من الأفراد في المجتمع الجزائري أنها سلوكا مرحليا، تمارس في فترة محدودة من العمر وغالبا ما تكون في مراحل الدراسة أو إحتسابها نوعا من النشاط التكميلي للفرد أو نوعا من الترف.

والسؤال الذي يبقى مطروحا هنا هو كيفية الوصول لأفراد المجتمع لحثهم على ممارسة الرياضة وتبيان لهم الفوائد الصحية والوقائية التي يجنوها بعد تغيير عاداتهم اليومية وزيادة نشاطهم الجسماني، وهذا الأمر يتطلب توعية صحية وإجتماعية لجميع الأعمار ولكلا الجنسين، وذلك بتسخير جميع الوسائل والإمكانيات

[1] زين حسن بدران، أيمن سليمان مزاهرة، الرعاية الصحية الأولية، دار المسيرة، عمان، ط1، 2009، ص-ص 72- 74.

المتاحة كوسائل الإعلام، النوادي الرياضية...إلخ، ولعل دور الأسرة في هذه الظاهرة يلعب دورا بارزا حيث يستوجب عليها تربية النشء منذ الصغر على الإقبال على ممارسة أنواع الرياضات التي تلائم ميولهم، وغرسها كعادة تستمر معهم طول العمر وتوريثها من جيل إلى جيل.

جدول رقم (85) : يبين جنس المبحوثين وعلاقته بإمتلاكهم لثقافة المشي من خلال الطرق المتبعة في تنقلاتهم اليومية لمسافات يمكن قطعها مشيا أو على الأقدام قبل إصابتهم بالمرض المزمن.

طرق تنقلات المبحوثين اليومية / الجنس	النقل العمومي	السيارات	السير على الأقدام (المشي)	طرق أخرى*	المجمـــــوع
ذكـــور	114 %55.34	50 %24.27	40 %19.42	02 %0.97	206 %100
إنـــــاث	151 %64.53	39 %16.66	42 %17.95	02 %0.86	234 %100
المجمـــــوع	265 %60.23	89 %20.23	82 %18.64	04 %0.90	440 %100

*ملاحظة: تتمثل طرق التنقل الأخرى في وسائل نقل العمال والمؤسسات، الدراجات والدراجات النارية.

وفي سياق معرفة مدى إتخاذ المبحوثين للإجراءات الوقائية من أمراض العصر المزمنة (ضغط الدم، السكري وأمراض القلب)، تكشف معطيات الجدول رقم(85)، الذي يمثل جنس المبحوثين في علاقته بإمتلاكاهم لثقافة المشي في طرق تنقلاتهم في الحياة اليومية، لمسافات يمكن قطعها بالسير على الأقدام قبل إصابتهم بالمرض المزمن، وعليه يظهر جليا أن أهم طرق التنقل بالنسبة للمبحوثين التي أبرزتها النسبة المقدرة بـــ60.23% قد إنحصرت في طريقة النقل العمومي، وبالمقارنة تليها بعد ذلك نسبة 20.23%، هي لطريقة التنقل بالسيارات الخاصة، ثم تأتي نسبة 18.64% تمثل إعتماد طريقة المشي أو السير على الأقدام في تنقلات المبحوثين اليومية، وأخيرا نسبة0.90% جاءت تمثل طرق أخرى.

وعند إجراء المقارنة بين الجنسين يلاحظ أن الإتجاه العام للجدول المتمركز في تنقل المبحوثين عن طريق النقل الجماعي، قد تم تدعيمه بنسبة عالية تقدر بـــ 64.53% هي لجنس الإناث، تقابلها نسبة دنيا لنفس الجنس تقدر بـــ0.86% لطرق تنقل أخرى، في حين قد تم تدعيم الإتجاه العام للجدول من طرف الذكور بنسبة تقدر بـــ55.34%، تقابلها نسبة أدنى للذكور أيضا تقدر بـــ0.97% تمثل طرق تنقل أخرى، ويلاحظ هنا أن المشي لا يمثل الطريقة الأولى في تنقلات المبحوثين اليومية، لقضاء حاجاتهم لمسافات يمكن

قطعها مشيا، وهذا دليل على إكتسابهم لعادة الركوب في وسائل النقل المختلفة ولو لأقرب المسافات كما صرح البعض منهم، الأمر الذي يتنافى مع القواعد الصحية والوقائية من أمراض العصر المزمنة قيد الدراسة.

إن المشي يعتبر من المجهودات الجسمانية المعتدلة التي تندرج ضمن الرياضة البدنية، وتعزى تأثيرات هذا النوع من المجهود الجسماني الذي يمثل نشاطا بدنيا طبيعيا في مسألة تخفيض إرتفاع ضغط الدم، إلى حقيقة مفادها المحافظة على وزن الجسم الصحي، والمشي في الغالب يؤدي إلى تخفيض الوزن وفي نفس الوقت يرفع من زيادة حساسية الجسم لهرمون الأنسولين، الأمر الذي ينتج عنه إنخفاض في مستوى هذا الهرمون الهام في الجسم، ومن أسباب ذلك إختلاف عمليات الإستقلاب الغذائي بالنسبة للسكريات والدهون داخل النسيج العضلي، مقارنة بالنسيج الدهني ويظهر ذلك من خلال زيادة الإحتراق في النسيج العضلي أكثر من النسيج الآخر، وعليه فهذا النوع من الرياضة البدنية يعمل في أغلب الحالات على خفض مستوى الدهون والكولسترول في الدم، ولعل أحسن طريقة للمشي هي المشي السريع ولمدة تتراوح مابين 30 إلى 40 دقيقة يوميا، أي ما يعادل من 3 إلى 4 مرات في الأسبوع، وهذه المدة تناسب كل فئات العمر، غير أنه من المفيد هنا تحديد حجم المجهود الجسماني المناسب لكل فرد حسب عمره، وذلك بحساب نبضات القلب أثناء القيام بالمجهود إلى سرعة تعادل 190 ناقص عمر الفرد، فعلى سبيل المثال: إذا كان عمر الفرد يساوي 50 عاما، فإن سرعة نبضات القلب التي ينصح المختصون بتحقيقها من خلال المجهود الجسماني هي 140نبضة في الدقيقة وبعملية حسابية بسيطة يتضح أن:190-50= 140.[1] وفي هذا الصدد ينصح بالتدرج في مقدار الجهد الجسماني المبذول، وغالبا يستحسن البدء بالمشي بالنسبة للأشخاص الذين ليس لديهم إعتياد لممارسة الرياضة، ويمكن زيادة سرعة المشي مع مرور الوقت ثم الهرولة...إلخ.

وهناك من يحدد المشي الصحي يوميا بمسافة 2 إلى 3 كيلومتر، وبخاصة للأشخاص الذين يعانون من أحد عوامل الخطورة كما هو الحال بالنسبة لضغط الدم المرتفع وزيادة في نسبة الدهون والشحوم في الدم.[2] ولهذا السبب يعد المشي من أفيد النشاطات بدون آثار جانبية كجزء مهم لا يتجزأ من ممارسة الرياضة البدنية اليومية، وفي هذا الشأن أكدت العديد من الدراسات كتلك التي قام بها الباحث " بول دادلي هوايت" Paul dudly white " مؤسس مدرسة أمراض القلب الحديثة في الولايات المتحدة الأمريكية، الذي لاحظ إرتفاعا في المرض القلبي المتمثل في الذبحة الصدرية بعد إبتكار وسائل النقل كالسيارات والحافلات وإحجام الأفراد عن المشي، لأجل ذلك قد أسس في بلدته بوسطنBoston جمعية لراكبي الدراجات ونصحهم بممارسة هذه الرياضة كل صباح، ولاحظ أنهم حققوا وزنا مثاليا وعاش هو أيضا تحت الوزن المثالي وبلغ 90 سنة.[3] ومن هنا يظهر أن وضع برنامج كالنشاط البدني يكون مناسبا لفرد يعني ذلك إجراءا وقائيا من الأمراض المزمنة قيد الدراسة سيعود بالفائدة على صحته ودون ضرر.

---

[1] محمد محسن إبراهيم، المرجع السابق، ص82.

[2] زين حسن بدران، أيمن سليمان مزاهرة، المرجع السابق، ص76.

[3] عبد العزيز الشريف، المرجع السابق، ص73.

جدول رقم (86) : يبين علاقة قيام المبحوثين بالنشاط الحركي في مجال العمل اليومي ومستوى هذا النشاط قبل إصابتهم بالمرض المزمن.

مستوى النشاط القيام بالنشاط الحركي		التكـــــرار	النسبة %
نـــــعم	نشاط كثـيـــف	50	22.93
	نشاط متوســـــط	104	47.71
	نشاط ضعـيـــف	64	29.36
المجمـــــوع الجزئي		218	49.55 %100
لا		222	50.45
المجمـــــوع الكلي		440	% 100

إن مفهوم النشاط بات مستخدما أكثر من "رياضة" في مسألة الوقاية من أمراض العصـــر المزمنـــة -حسب رأي الأطباء الذين تمت مقابلتهم- ، لأن كلمة رياضة تنطوي على معنى التكرار الروتيني، في حين أن النشاط ليس من الضروري أن يكون صارما ليكون مفيدا، كما يمكن أن يمارس الفرد عدد من النشاطات في اليوم الواحد كركوب الدراجة عند الذهاب لشراء صحيفة أو قيام بحركات أو مشي لبضع دقائق في مجال العمل إن كان عملا قليل الحركة...إلخ .

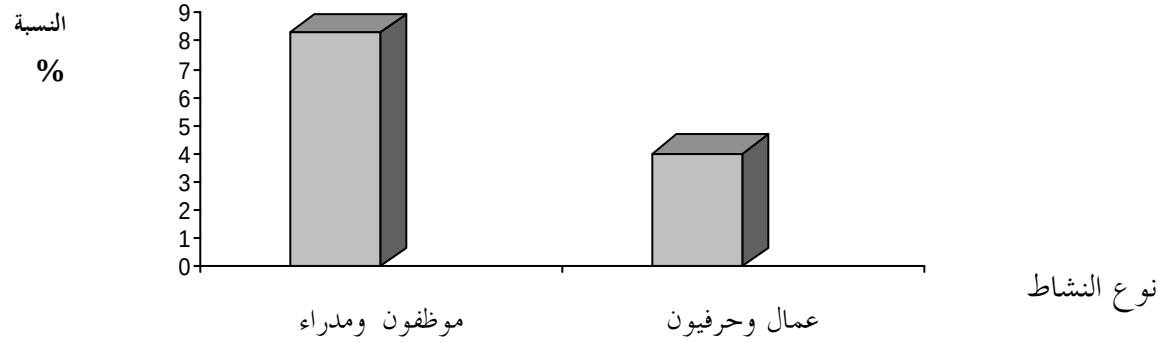
ومن ناحية أخرى فإن مقدار النشاط الحركي في مجال العمل وحتى في الأشغال المترلية يلعب دورا فعالا في مسألة حرق السعرات الحرارية الزائدة من الطعام خلال ساعات العمل اليومي، وهذا مؤشر مهم بات يشكل عامل من عوامل الخطورة على الإصابة بالأمراض المزمنة كضغط الدم، السكري وأمراض القلب، الأمر الذي يمكن ملاحظته من خلال معطيات الجدول رقم (86)، الذي يمثل قيام المبحوثين بنشاط حركي في مجال العمل وحتى في المترل لدى الماكثات في البيت، ومستوى أو مقدار ذلك النشاط قبل الإصابة بالمرض المزمن، وعليه يظهر أن النسبة العالية والغالبة الواردة في هذا الجدول والتي تقدر بـــ47.71%، جاءت تمثل المستوى المتوسط للنشاط الذي كان يمارسه المبحوثون في عملهم اليومي، وذلك ضمن موقفهم المؤيد لقيامهم بنشاط حركي في عملهم اليومي، وبالمقابل توجد نسبة تقدر بـــ29.36% تمثل مقدار نشاط المبحوثين الضعيف من نفس الموقف المؤيد، كما تقدر نسبة بـــ22.93% تمثل مقدار نشاط المبحوثين في العمل الكثيف، وبشكل عام يلاحظ أن موقف المبحوثين المعارض لقيامهم بنشاطات حركية في عملهم قد برز بنسبة 50.45%، مقارنة بالموقف المؤيد في هذا الشأن والذي قدرت نسبته بـــ49.55%.

إن الملاحظة اليومية تشير إلى أن هناك أشخاص لا يتحركون سواء في مجال عملهم أو حتى في المنزل، وذلك إلا بمقدار ضئيل وإذا تحركوا فإنهم يتحركون ببطء، إن هذه الشريحة من المجتمع هي التي تعيش حياة خاملة فمنهم من تضطرهم أنفسهم التي تميل إلى الخمول أكثر، ومنهم من يفتقرون لروح الثقافة الصحية والوعي الصحي الجسماني، ومنهم من تضطرهم وظائفهم وأعمالهم أن يظلوا جالسين لساعات طويلة وراء مكاتبهم...إلخ.

فجميع هذه الشرائح من المجتمع، يضاف إليهم الأشخاص الذين يعيشون رفاهية التكنولوجيا ويميلون إلى التحكم عن بعد بواسطة أرقى هذه التكنلوجيات، ومن هؤلاء النساء اللواتي تقعدن أمام التلفاز لساعات طويلة، معرضون أكثر من غيرهم للإصابة بالأمراض المزمنة كالأمراض القلبية، الضغط الدموي والسكري، الأمر الذي أكدته العديد من الدراسات كما هو الحال بالنسبة للدراسة التي قام بها الباحثان"هايدن"و" كاسل" "Cassel" "Heyden"، والتي إستغرقت 8 سنوات وشملت الآلاف من الرجال والنساء الذين يتراوح سنهم ما بين 40-74 سنة، وتمت في منطقتي الريف والحضر، وتوصلت هذه الدراسة إلى نتائج هامة تثبت أن معدلات الإصابة بأمراض الشرايين التاجية ترتفع أكثر في المدن و المناطق الحضرية، التي تتوافر على الوظائف المكتبية والأعمال ذات الحركة القليلة، وهذا مقارنة بمعدلات الإصابة في الأرياف، كما إكتشفت أن العمال والعاطلين عن العمل (الذين ليس لديهم مقدار كافي من النشاط اليومي، لحرق الطاقة الزائدة المسببة للأمراض المزمنة) هم أكثر عرضة من غيرهم للإصابة أيضا بأمراض الشرايين التاجية.[1] ولعل الشكل الآتي سيوضح أكثر هذه المسألة بأسلوب المقارنة بين الأشخاص الذين يعانون من أمراض الشرايين التاجية ويتعرضون للوفاة، من أصحاب الأعمال والوظائف المكتبية، ومن أصحاب الأعمال النشيطة والحرفية.

[1] قيس أبو طه، المرجع السابق، ص120.

شكل رقم(19) : أعمدة بيانية تمثل النشاط الحركي والإصابة بأمراض الشرايين التاجية.



المصدر: قيس أبو طه، الكلسترول والقلب، دار العلم للملايين، بيروت، ط1، 1998، ص120.

إن هذه النتائج الواردة بوضوح في الشكل تعبر عن نفسها بشكل ملفت للإنتباه، حيث يظهر أن هناك طغيانا ملموسا للنسبة المسجلة لأصحاب الأعمال والوظائف المكتبية كالموظفين والمدراء بـــ8.3%، مقارنة بالنسبة التي قدرت بـــ4%، والتي تمثل أصحاب الأعمال النشيطة والحرفين، وهذا من حيث نسبة الإصابة بأمراض الشرايين التاجية.

وبالتوازي لا يخفى على أي شخص ما يعانيه أصحاب الأعمال والوظائف المكتبية من ضغوط إجتماعية ونفسية بحكم تدرجهم الإجتماعي، وطبيعة عملهم الذي يغلب عليه طابع المواجهة مع جميع شرائح المجتمع، وهذا عامل آخر يضاف إلى عامل نقص النشاط الحركي لدى هؤلاء، الأمر الذي يجعلهم أكثر عرضة لأمراض العصر المزمنة المذكورة آنفا*[1]

المطلب السادس : التدخين وأثره على إنتشار الإصابة بالمرض المزمن .

يمثل التدخين أشد ضرر وأعظم تأثير على صحة الفرد عامة وإصابته بـــالأمراض المزمنـــة بوجـــه الخصوص، والتدخين له آثار سلبية على مستوى جميع فئات الأعمار، غير أنه يزداد خطورة إذا إبتدأ الفرد بممارسة هذه العادة في صغره أو في سن مراهقته، لذلك لا بد من تركيز الجهود لحماية الأفراد من هـــذه العادة المؤدية إلى الأمراض القاتلة، من طرف الفاعلين في المجتمع كالأسرة، المربين، القائمين على الإعـــلام والمسؤولين عن الصحافة المكتوبة والمسموعة والمرئية...إلخ.

إن المسألة في قمة الخطورة بإعتبار الكثير من الأفراد اليوم يعانون من أكثر من عامل مـــن العوامـــل المتسببة في الإصابة بالأمراض المزمنة كالضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب، لذلك فالإستراتيجية العلاجية تجاه الأفراد اليوم، هي في التركيز على تجنب العادات السيئة، كعادة التدخين وشرب الخمور وسن

* لمزيد من المعلومات حول أهمية النشاط الحركي للوقاية من الأمراض المزمنة، أنظر عنصر قلة النشاط الحركي والرياضي وإرتفاع معدلات الكلسترول، المطلب الثامن، المبحث الأول، الفصل الثالث، الباب الأول للدراسة النظرية.

التشريعات والبرامج التي توضح أهمية الإبتعاد عن هذا السلوك الضار والقاتل والمنـــهي عنـــه في الـــدين الإسلامي الحنيف.

جدول رقم (87) : يبين جنس المبحوثين ومستواهم التعليمي وعلاقتهما بتناولهم التدخين بكثرة ولمدة طويلة قبل إصابتهم بالمرض المزمن .

تناول المبحوثين التدخين من عدمه / الجنس / المستوى التعليمي		نعم	لا	المجموع
ذكور	بدون مستوى	28 %66.67	14 %33.33	42 %100
	إبتدائي	19 %61.29	12 %38.71	31 %100
	متوسط	25 %56.82	19 %43.18	44 %100
	ثانوي	41 %71.93	16 %28.07	57 %100
	جامعي	17 %62.96	10 %37.04	27 %100
	ما بعد التدرج	03 %60	02 %40	05 %100
	المجمـــــــوع الجزئي	133 %64.56	73 %35.44	206 %100
إناث	بدون مستوى	02 %02.13	92 %97.87	94 %100
	إبتدائي	- -	49 %100	49 %100
	متوسط	02 %05.26	36 %94.74	38 %100
	ثانوي	- -	36 %100	36 %100
	جامعي	- -	14 %100	14 %100
	ما بعد التدرج	- -	03 %100	03 %100
	المجمـــــــوع الجزئي	04 %01.71	230 %98.29	234 %100
المجمـــــــوع الكلي		137 %31.14	303 %68.86	440 %100

على العموم يبقى التدخين ظاهرة عامة في المجتمع، غير أنها تتحكم في ممارستها كعادة ينبذها المجتمع مجموعة من العوامل من أهمها الجنس والمستوى التعليمي، بالإضافة إلى الدين والأعراف والتقاليد، الأمـــر الذي ستؤكده نتائج الجدول رقم (87)، الذي يمثل جنس المبحوثين ومستواهم التعليمي وعلاقـــة ذلـــك بتناولهم التدخين بكثرة قبل إصابتهم بالمرض المزمن، وعليه يظهر بشكل عام أن النسبة العالية الـــتي تقـــدر

بـــ68.86% تعود للمبحوثين الذين صرحوا بعدم تناولهم للتدخين بكثرة ولمدة طويلة، وهذا مقابل نســـبة تقدر بـــ31.14% هي للمبحوثين الذين صرحوا بممارستهم لهذه العادات السيئة.

أما عند إجراء المقارنة بين متغيري الجنس والمستوى التعليمي فتبدوا هناك معطيات وحقائق جديدة، حيث يظهر في البداية تدعيم بأعلى نسبة تقدر بـــ98.29% لجنس الإناث، بالنســـبة لموقـــف المبحـــوثين المعارض لتناول التدخين بكثرة ولمدة طويلة، مقابل أدنى نسبة تقدر بـــ01.79% للجنس نفسه، غير أنها تمثل موقفه المؤيد لهذه العادة السيئة، ويلاحظ أن النسبة العالية التي جاءت تمثل موقف جنس الإناث المعـــارض تتوزع بأعلى النسب بلغت 100% لمستوى ما بعد التدرج، تقابلها في ذلك إنعدام النسبة لموقفهن المؤيـــد ولنفس مستواهن التعليمي، وبالمقابل تم تسجيل لجنس الإناث أصغر نسبة تقدر بـــ94.74% تدعم موقفهن المعارض، وتمثل المستوى التعليمي المتوسط، في حين سجلت نسبة تقدر بـــ05.26% لنفس مستواهن، غير أنها تمثل موقفهن المؤيد.

أما بالنسبة لجنس الذكور فتظهر نتيجة عكسية، تتمثل في تسجيل أعلى نسبة قدرت بـــــ64.56%، جاءت تعزز موقفهم المؤيد لتناول التدخين بكثرة ولمدة طويلة، وهذا مقابل تسجيل نسبة تقدر بـــ35.44% لموقفهم المعارض لهذه العادة السيئة، ويلاحظ أن النسبة العالية التي سجلت لموقف الذكور المؤيد تتـــوزع حسب المستويات التعليمية بنسبة عالية أيضا تقدر بـــ71.93% لمستواهم التعليمي المتوسط، أما في ما يخص موقفهم المعارض فتظهر أعلى نسبة تقدر بـــ43.18%، تمثل مستواهم التعليمي المتوسط أيضا، مقابل أصغر نسبة تقدر بـــ 28.07% من نفس موقفهم (المعارض) تمثل مستواهم التعليمي الثانوي.

وفي ضوء هذه القراءة الإحصائية يمكن إستنتاج حقيقتين هامتين، الأولى مفادها أن عـــادة تنـــاول التدخين غالبا ما تكون حكرا على الرجال، بإعتبار إحتكاكهم أكثر بالمحيط الخارجي ولديهم المقدرة على الحصول على المواد المدخنة دون عناء، وحتى الأمر أصبح متقبلا إجتماعيا دون حرج لدى الكثير من أفراد المجتمع، وهذا مقارنة بالمرأة التي تعني ممارستها لعادة التدخين ترجمة لفساد أخلاقها وإعوجـــاج طريقهـــا وسلوكياتها، وهذا لا يعني إنعدام المدخنات، بل هناك إزدياد في عدد المدخنات يوما بعد يوم، حـــتى وإن أظهرت نتائج هذا الجدول نسبة قليلة لهذه الظاهرة لأسباب تنكر العديد من المبحوثات، ولكن الملاحظـــة اليومية والإحصائيات تشير إلى عكس ذلك، لأن المرأة تدخن في غالب الأحيان سرا عن عائلتها، هذا من جهة ومن جهة أخرى فإن فكرة المساواة تدفع بهن إلى إظهار أنفسهن وفرض وجودهن في جميع الأمـــاكن عن طريق ممارسة هذا السلوك تقليدا للرجل، وربما الظاهرة لازالت محتشمة في المجتمع الجزائـــري بســـبب عوامل كالدين والأعراف والتقاليد التي تحد من إنتشارها.

أما الحقيقة الثانية فمفادها أن المستوى التعليمي لم يعد يؤدي الدور المنوط به للحد مـــن ظـــاهرة التدخين، الأمر الذي برز من خلال نتائج الجدول، حيث أظهرت أعلى النسب لذوي المستويات التعليمية المعتبرة، وبخاصة في المستوى التعليمي الثانوي أين يكون الفرد يعيش مرحلة المراهقة وهذا أخطر، إن هـــذه الحقيقة أكدتها العديد من الدراسات كما هو الحال بالنسبة للدراسة الإحصائية التي قامت بها جامعة القاهرة

سنة 1997، والتي وجدت أن رجال التعليم هم أكثر الفئات المهنية تدخينا بنسبة تقدر بـــ45%، ثم الأطباء بنسبة 42%، ثم الطلبة بنسبة40%.[1] وهذه هي الطامة الكبرى في فشل عمليات التثقيف الصحي للحد من هذه الظاهرة حتى على مستوى النسق التعليمي .

وبإختصار يعتبر التدخين أخطر وباء عرفته البشرية، فأمراض التـــدخين تزحـــف بـــبطء وثبـــات ومحاولات حصرها لا زالت ضعيفة للغاية.

وكما هو معروف للجميع، فإن التدخين يعني لفافة التبغ التي تحترق إلى آخرها نظرا لإحتوائها على عناصر معدنية منشطة للتوهج والإحتراق، لذلك يتكون الدخان عند إشعالها من غازات ومـــواد عديـــدة ضارة ويأتي على رأس القائمة النيكوتين الذي يعد مركبا ساما جدا وخطرا على الكائنات الحية، لـــذلك يعتبر غرام واحد يعطى عن طريق الوريد للإنسان كاف لقتله في لحظات.[2] وهذه الحقيقة العلمية تؤكد بلا نقاش ضرر التدخين على الصحة، وبوجه الخصوص على أمراض القلب، ضغط الدم والسكري، وفي هذه العجالة يمكن إبراز علاقة هذه الظاهرة ببعض الأمراض العصرية المزمنة، كما هو الحال بالنســـبة للعلاقـــة الوثيقة التي تثبت بين التدخين وضرره على القلب، حيث أكدت الدراسات الإحصائية الدقيقة، أن إحتشاء العضلة القلبية والوفاة بين المدخنين ترتفع بمعدل 60% من الرجال مقارنة مع غير المدخنين منهم، ويرتفـــع الخطر أكثر بإرتفاع عدد السجائر المدخنة يوميا، وخصوصا فوق العشرين سيجارة، ونفس النتيجة أكدتها هذه الدراسات لدى المرضى المعرضين لإرتفاع في ضغط الدم والبول السكري.[3]

ولعل خطورة التدخين على القلب، تتضح أكثر من خلال تحول معدلات هيموجلبين الدم الـــذي يحمل الأكسجين إلى أكسيد الكربون الهيموجلبين الذي لا يستطيع على حمل الأكسجين، ويرجع تـــأثير السجائر على القلب إلى مادتين هما النيكوتين وأول أكسيد الكربون، ويتركز تأثير النيكوتين على القلـــب من خلال تدمير عدد من الأنسجة من أهم ذلك الغشاء الداخلي المبطن لجدران الشرايين والأوعية الدموية، الأمر الذي يعجل الإصابة بتصلب الشرايين، ويؤدي إلى زيادة ترسب الدهون على جدرانها ومن ثم فقدانها للمرونة والقابلية للإنبساط وزيادة ميلها للإنقباض، مما قد يحدث ضيقا في الشريان التاجي، الذبحة الصدرية، الجلطة...إلخ. [4] وهذا ناهيك عن المضاعفات الجسمية الأخرى الخطيرة، ولعـــل تنـــاول التـــدخين مـــع الكحوليات بكثرة أمر لا يقل خطرا عن التدخين وحده، من حيث المساهمة في ظهور الإصابة بـــالأمراض المزمنة قيد الدراسة، فقد أثبتت معظم الدراسات والملاحظات أن 80% من المرضى الـــذين يعـــانون مـــن الدهون الثلاثية (TG)، هم من الذين يتناولون التدخين والكحوليات معا وبشكل كبير، وبعض المرجعيات تقول حتى تناول كميات قليلة من الكحول قد تسبب زيادة في معدلات الكلسترول الضار، الأمر الـــذي

---

[1] مصطفى ماهر عطري، التدخين والصحة، المركز العربي للوثائق والمطبوعات الصحية،الكويت ،ط1 ، 2000، ص4 .

[2] نفس المرجع، ص11 .

[3] عبد العزيز الشريف، المرجع السابق، ص67 .

[4] محمد محسن إبراهيم، المرجع السابق، ص85 .

يؤدي إلى الإصابة بمرض الشرايين التاجية وتجلط القلب.[1] وهكذا يلاحظ أن هذه العادات السيئة والسلوكيات الضارة تعمل في الغالب على تعجيل الإصابة بهذه الأمراض القاتلة، لذلك ينبغي توعية الأفراد وترسيخ الإيمان لديهم للإمتناع عن هذه الممارسات غير الصحية، كسبب أساسي وأولي للوقاية من مخاطر الأمراض العصرية المزمنة ومن أبرزها الضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب*[2]

المطلب السابع : مدى مساهمة تدني مستوى الوعي الصحي في إنتشار المرض المزمن.

إضافة إلى ما ثبت آنفا حول مؤشرات تأثير تدني مستوى الوعي الصحي في إنتشار الإصابة بمرض الضغط الدموي، السكري وأمراض القلب، يمكن تلخيص موقف المبحوثين من خلال هذا العنصر الذي يتضمن مؤشرات أخرى، قد تساعد أكثر على عرض تجربتهم في معرفة نطاق تأثير الجهل الصحي والوقائي- إن صح القول- الذي بات يكتنف أمراض مزمنة قاتلة مثل الضغط الدموي، السكري وأمراض القلب في أغلب الأحيان، الأمر الذي سيوضح من خلال ربط متغير المستوى التعليمي بموقف المساهمة في الإصابة بالمرض المزمن، وكذا ربط المدة الزمنية بين ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب، والمساهمة في الإصابة بالمرض المزمن أيضا.

جدول رقم (88) : يمثل المستوى التعليمي للمبحوثين وعلاقته برأيهم في مدى مساهمة نقص وعيهم الصحي والوقائي قبل إصابتهم بالمرض المزمن في إصابتهم به.

رأي المبحوثين في مدى مساهمة نقص وعيهم في إصابتهم بالمرض المزمن / المستوى التعليمي	كليا	جزئيا	لم يساهم	المجموع
بدون مستوى	107 %78.68	25 %18.38	04 %02.94	136 %100
إبتدائي	52 %65	26 %32.5	02 %02.5	80 %100
متوسط	57 %69.51	17 %20.73	08 %09.76	82 %100
ثانوي	55 %59.14	25 %26.88	13 %13.98	93 %100
جامعي	23 %56.10	06 %14.63	12 %29.24	41 %100
ما بعد التدرج	01 %12.5	02 %25	05 %62.5	08 %100
المجموع	295 %67.05	101 %22.95	44 %10	440 %100

تبين نتائج هذه الدراسة من خلال معطيات الجدول(88)، الذي يمثل المستوى التعليمي للمبحوثين وعلاقته برأيهم في مدى مساهمة نقص مستوى وعيهم الصحي والوقائي (قبل إصابتهم بالمرض المزمن) في إصابتهم بالمرض المزمن، أن هناك نسبة معتبرة قدرت بـ67.05%، تمثل إقرار المبحوثين بالمساهمة الكلية

[1] قيس أبو طه، المرجع السابق، ص75 .

* راجع أثر التدخين والكحوليات على الإصابة بالأمراض المزمنة، المطلب الثامن، المبحث الأول، الفصل الثالث، الباب الأول للدراسة النظرية

لتدني مستوى وعيهم الصحي والوقائي في إصابتهم بالمرض المزمن الذي يعانون منه، وهذا بالمقارنة مع نسبة دنيا تقدر بـــ10%، جاءت تمثل موقف المبحوثين القائل بعدم مساهمة تدني مستوى وعيهم الصحي والوقائي في إصابتهم بالمرض المزمن الذي يعانون منه، في حين سجلت المساهمة الجزئية نسبة تقدر بـــ22.95% .

وبناء على تأثير متغير المستوى التعليمي، الذي يبدو بكل وضوح أنه قد لعب دورا بارزا في بلورة مواقف المبحوثين تجاه تعرضهم للإصابة بالمرض المزمن، يظهر تعزيز لموقفهم الذي تمركز في المساهمة الكلية من خلال أعلى نسبة قدرت بـــ78.68%، جاءت تمثل فئة بدون مستوى تعليمي، تقابلها أصغر نسبة تقدر بـــ2.94% لفئة بدون مستوى أيضا، غير أنها تمثل موقف المبحوثين الذي إنحصر في عدم المساهمة.

ثم تأتي نسبة تقدر بـــ69.51% تدعم موقف المبحوثين الذي تمحور حول المساهمة الكلية، وتمثل ذوي المستوى التعليمي المتوسط، مقابل أدنى نسبة تقدر بـــ09.76% لنفس المستوى التعليمي، غير أنها تنتمي إلى موقف المبحوثين الذي تمحور في عدم المساهمة، كما تظهر نسبة تقدر بـــ65% هي أيضا تساهم في تدعيم موقف المساهمة الكلية للمبحوثين، وتمثل منهم ذوي المستوى التعليمي الإبتدائي، مقابل أصغر نسبة تقدر بـــ2.5% هي لذوي نفس المستوى التعليمي، لكنها تمثل الموقف المعارض للمساهمة في الإصابة بالمرض المزمن.

أما النسب المتبقية والمدعمة لموقف المبحوثين الذي يعبر عن المساهمة الكلية في الإصابة بالمرض المزمن، فإنها تستمر في شكل تنازلي كلما إرتفع المستوى التعليمي للمبحوثين على النحو الآتي: نسبة 59.14% تمثل ذوي المستوى التعليمي الثانوي، تقابلها نسبة 13.98% من نفس المستوى التعليمي، إلا أنها تمثل موقف المبحوثين الذي إنحصر في عدم المساهمة، نسبة 56.10% تمثل فئة المستوى التعليمي الجامعي، تقابلها نسبة 29.24% من نفس المستوى التعليمي، غير أنها تمثل موقف المبحوثين المعارض للمساهمة، وأخيرا نسبة 12.5% تمثل فئة المستوى التعليمي ما بعد التدرج، تقابلها نسبة 62.5% لنفس المستوى التعليمي، ولكنها تندرج ضمن موقف المبحوثين الذي يعبر عن عدم المساهمة.

إن إقرار المبحوثين وبخاصة من ذوي المستوى التعليمي المنخفض جدا، بالمساهمة الكلية لتدني مستوى وعيهم الصحي والوقائي في إصابتهم بالمرض المزمن الذي يعانون منه، له أكثر من دلالة سوسيولوجية، حيث يمكن القول أن هؤلاء قد عرفوا حق المعرفة أن الوقاية من الأمراض المزمنة كالضغط الدموي، السكري وأمراض القلب تعد جزءا لا يتجزأ من مسؤوليتهم الإجتماعية تجاه صحتهم وصحة المجتمع ككل، الأمر الذي تم إلتماسه من خلال شعورهم بالضيق واليأس والندم، وأصبحوا يتطلعون على الصغيرة والكبيرة حول مرضهم، ولكن بعد فوات الأوان كما قال أحدهم: "ماكناش نهتموا بصحتنا حتى تطفرت فينا باش عرفنا بلي كنا مقصرين في حق نفوسنا" وقال آخر: " ندمت كيمادرتش الإحتياطات من هذا المرض الخطير"، وللإشارة فإن المسألة لا تقتصر على ذوي المستوى التعليمي المنخفض، وإنما حتى ذوي المستوى التعليمي المعتبر وتحت تأثير عوامل أخرى، يبدوا أنهم لم يستغلوا هذا المعيار الثقافي في تغيير نمط حياتهم نحو

الأفضل، و لم يدركوا جيدا مبدأ الوقاية خير من العلاج ومبدأ المعالج الحقيقي ليس هو الطبيب، وإنما هو الإنسان نفسه، الأمر الذي جعلهم يعزون مرضهم إلى البيئة الإجتماعية، والتي تبدو من وجهة النظر السوسيولوجية شائعة جدا وغير محددة التعريف وتشمل في الواقع العادات والتقاليد، المهن، والدين ومستوى المعيشة وسلوكات الفرد والنظم الإجتماعية...إلخ، وفي الحقيقة فإن صحة الإنسان وإصابته بأمراض العصر المزمنة كالضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب، أصبحت مرتبطة بكل عامل يؤثر سلبا يقترب منه الفرد بدون تحصين أو إجراءات وقائية.

وفي سبيل تأكيد مدى تأثير المستوى التعليمي في بلورة رأي المبحوثين حول المساهمة الناتجة عن نقص وعيهم الصحي والوقائي وإصابتهم بالمرض المزمن، قد أستخدم معامل الإرتباط كا^2 الذي جاءت تقديراته تشير إلى أن كا^2 المحسوبة قدرت بـــ164.51عند درجة الحرية 10، ومستوى الخطأ 0.05، أما كا^2 المجدولة فقد قدرت بـــ18.30، الأمر الذي يعني وجود دلالة إحصائية ما بين هذين المتغيرين السالفين الذكر.

جدول رقم (89) : يبين المدة الزمنية بين ظهور الأعراض المرضية لدى المبحوثين وزيارتهم للطبيب قبل إصابتهم بالمرض المزمن وعلاقتها برأيهم في مدى مساهمة تدني مستوى وعيهم الصحي والوقائي في إصابتهم بالمرض المزمن.

مدى مساهمة نقص الوعي الصحي والوقائي / المدة الزمنية بين ظهورالأعراض وزيارة الطبيب	كليا	جزئيا	يساهم	المجموع
عند ظهور الأعراض مباشرة	30 %44.78	35 %52.24	02 %2.98	67 %100
خلال أسبوع	13 %33.33	17 %43.59	09 %23.08	39 %100
خلال شهر	168 %84.85	16 %08.08	14 %7.07	198 %100
خلال نصف سنة	12 %63.16	04 %21.05	03 %15.79	19 %100
خلال سنة	35 %61.41	10 %17.54	12 %21.05	57 %100
أكثر من سنة	37 %61.67	19 %31.67	04 %06.66	60 %100
المجمـــــــــــــــوع	295 %67.05	101 %22.95	44 %10	440 %100

ولتأكيد تهاون المبحوثين من عدمه لتحقيق العناية الصحية ووقاية أنفسهم من المرض المزمن، يمكن التعرض لمؤشر هام من مؤشرات الثقافة الصحية، وهو المدة الزمنية بين ظهور أعراض المرض وزيارتهم للطبيب وعلاقة ذلك برأيهم في مدى مساهمة تدني مستوى وعيهم الصحي والوقائي في إصابتهم بالمرض

المزمن، الأمر الذي يظهر من معطيات الجدول رقم (89)، الذي يكشف نسبة عالية قدرت بـــ67.05% قد عادت إلى المبحوثين الذين صرحوا بالمساهمة الكلية في إصابتهم بالمرض المزمن، أما المبحوثين الذين صرحوا بعدم المساهمة فقد قدرت النسبة لديهم بـــ22.95%، في حين قدرت نسبة بـــــ10% للمبحـــوثين الـــذين إنحصرت إجابتهم في المساهمة الجزئية.

وبربط المدة الزمنية بين ظهور الأعراض المرضية وزيارة المبحوثين للطبيب في علاقتـــها بـــرأيهم في مدى مساهمة هذه المدة في تدني مستوى وعيهم الصحي، وبالطبع في الإصابة بالمرض المزمن، يتبين أن المدة المحددة خلال شهر قد عززت الإتجاه العام، إذ قدرت النسبة لهذه المدة بـــ84.85%، مقابل أدنى نسبة لنفس المدة تقدر بـــ07.07% تمثل رأي المبحوثين الذي إنحصر في عدم المساهمة، وفي نفس الإتجـــاه يلاحـــظ أن المبحوثين الذين لم يقوموا بزيارة الطبيب إلا بعد فوات نصف سنة، قـــد تحصـــلوا علـــى نســـبة تقـــدر بـــ63.16%، مقابل أدنى نسبة لنفس المدة تقدر بـــ15.79% تمثل رأي المبحوثين الـــذي تحـــدد في عـــدم المساهمة، أما المبحوثين الذين تمت زيارتهم للطبيب وتجاوزت سنة، فجاءت النسبة لديهم تقدر بـــ61.67%، تقابلها نسبة دنيا تقدر بـــ06.66% لنفس المدة، ولكنها تمثل موقف عدم المساهمة ، في حين فإن أفراد العينة الذين تمت زيارتهم إلى الطبيب خلال سنة، قد سجلت لهم نسبة تقدر بـــ61.41%، تقابلها نسبة صـــغرى تقدر بـــ17.54% للمدة نفسها وتمثل موقف المساهمة الجزئية.

وبالنسبة لأفراد العينة الذين تمت زيارتهم إلى الطبيب مباشرة عند ظهور الأعراض المرضية، فقد بلغت النسبة لديهم 44.78%، مقابل نسبة صغرى تقدر بـــ02.98% لنفس المدة، غير أنها تمثل الموقف المعـــارض للمساهمة، وفي حالة التوجه إلى أفراد العينة الذين ذهبوا إلى الطبيب خلال الأسبوع الأول، فيلاحظ وجود نسبة تقدر بـــ33.33%، تقابلها نسبة دنيا تقدر بـــ23.08% لنفس وقت الزيادة وتمثل موقف عدم المساهمة.

وعموما يمكن إستنتاج أن المدة الزمنية المستغرقة بين ظهور الأعراض المرضية وزيارة الطبيب، قـــد لعبت دورا فعالا في إقرار المبحوثين بمساهمة ذلك في إصابتهم بالمرض المزمن، لأن البحث عـــن المســـاعدة الطبية والعلاج يمثل سلوكا يعكس مؤشرا قويا من مؤشرات قياس مستوى الوعي الصحي لدى الأفـــراد، ويعني هذا المؤشر مدى توفر الإرادة والرغبة في تفادي التعرض للإصابة بالأمراض المزمنة، التي يمكن تفاديها فعلا وعلى الأقل تجنب إستفحالها هذا من جهة، ومن جهة أخرى يعني التباطؤ في إستشارة الطبيب تجاهل الأعراض المرضية، وفي نفس الوقت التخلي عن الإلتزامات أو الواجبات التي أقرها المجتمع للفرد المـــريض، وهنا يمكن إقحام معوقات الثقافة الصحية كتدني المستوى التعليمي، فكما هو معروف أن الأميون هم الأقل وعيا بأهمية الرعاية الصحية والوقاية من الأمراض، عكس المتعلمين الذين يسارعون إلى إستشارة الأطبـــاء، كما يلعب الجانب المادي وتوفر المال (الطبقة الإجتماعية) دورا بارزا في مسألة الإستشفاء أو التبـــاطؤ في اللجوء إلى الطبيب، فمن المعروف أن أبناء الطبقات الدنيا هم في الغالب ما يتأخرون في التوجه إلى العلاج، عكس الأغنياء الذين يسارعون إلى لتداوي وطلب العلاج، يضاف إلى ذلك إشكالية طرق الطب المـــوازي أي الطب الشعبي التقليدي، التي يتخذها شريحة كبيرة من المجتمع الجزائري كأسلوب لتداوي، ومن ذلـــك

شريحة الفقراء والمسنين، وكنتيجة لهذه المتغيرات المتداخلة ضمن إشكالية تدني الوعي الصحي، ينبغي الأخذ في الحسبان جميع الممارسات والسلوكيات والخصائص السكانية لإعداد البرامج التثقيفية للوقاية من أمراض العصر المزمنة كالضغط الدموي، السكري وأمراض القلب، بالإضافة إلى معرفة طبيعة البيئة المعيشية، العادات والتقاليد ...الخ، ولأجل إحداث غرس الوعي الصحي الوقائي ينبغي البدء منذ الطفولة في نشر الثقافة الصحية وتنمية الوعي الأسري المدرسي والمجتمعي بشكل عام .

ويتأكد أكثر نطاق تأثير تدني مستوى الوعي الصحي الوقائي ومدى مساهمة هذا الأخير في إنتشار الإصابة بالأمراض المزمنة (مرض الضغط الدموي، داء السكري، وأمراض القلب)، من خلال تصريحات الفريق الطبي المتخصص والعامل بمستشفى مصطفى باشا، مصلحتي أمراض القلب والسكري، حيث أجمع هؤلاء الأطباء على القول بأن هذه الأمراض قابلة للتوقي لو يعي كل فرد إلتزماته الصحية، ويفهم بأن الوعي الصحي الوقائي يمثل جزء هام من التربية العامة، وبذلك يحاول التكيف مع بيئة الحياة الحديثة، ويتعدى الأمر إلى إكتساب الأفراد تفهما وتقديرا للخدمات الصحية المتاحة في المجتمع كوفرة الخضر والفواكه، التي لا يخلوا منها السوق الجزائري، لأن تناولها بشكل دوري يمثل عامل وقائي من هذه الأمراض المزمنة ذات المضاعفات الخطيرة، وحسب رأيهم فإن أفراد المجتمع وبخاصة منهم الأميين والمسنين وحتى المتعلمين هم بحاجة ماسة إلى المعلومات والإرشادات الصحية المتعلقة بصحتهم، بغرض التأثير الفعال على إتجاهتهم والعمل على تعديل وتوجيه سلوكهم الصحي، لمساعدتهم على تحقيق السلامة والكفاية الجسمية والنفسية والإجتماعية، وكل ما يحمي صحتهم من الإصابة بأمراض العصر المزمنة، ومحاولة أن تكون الصحة والوقاية من المرض المزمن هدفا منشودا لكل منهم، ويتوقف تحقيق ذلك على عدة عوامل من أهمها عامل المستوى التعليمي، فالتعليم يلعب دورا بارزا في تغيير عادات الأفراد غير الصحية، كالإبتعاد على الأغذية المسمنة، نشر المعلومات الصحية التي ترتبط بأساليب الوقاية من الأمراض المزمنة كضغط الدم، داء السكري وأمراض القلب، وذلك على مستوى صحة الفرد، الأسرة والمجتمع .

إستنتاج الفرضية الثانية :

مما سبق ذكره حول نتائج الفرضية الثانية التي هدفت إلى معرفة ما مدى تأثير تدني مستوى الوعي الصحي في إنتشار الإصابة بمرض إرتفاع الضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب، يمكن إبراز أهم الإستنتاجات المتوصل إليها في الملخص الآتي :

إن المستوى التعليمي قد لعب دورا بارزا في إكتساب أفراد العينة للمعلومات التي تشكل أساس المعرفة الصحية حول الأمراض العصرية المزمنة ومخاطرها، هذا على الرغم من القسط الضئيل من هذه المعلومات المكتسبة لدى أفراد العينة، والذي ظهر ضمن نتائج هذه الفرضية، وحيث تبين أن إرتفاع المستوى التعليمي يصاحبه غالبا إرتفاع في مستوى الوعي الصحي لدى الأفراد، والعكس صحيح أي كلما تدنى المستوى التعليمي تدنى معه المستوى الوعي الصحي، ولما كان التكامل بين درجة وعي الأفراد مرتبط بما يقدمه المجتمع من رعاية صحية والنهوض بالمجتمع بتسخير جميع وسائطه وإمكانياته لمواجهة المشكلات الصحية، وفي مقدمتها أمراض العصر المزمنة قيد الدراسة، فذلك يدل دلالة قاطعة على أن أفراد هذا المجتمع إما هم على قدر كبير من الوعي الصحي أو على عكس ذلك، أي ضعف مستوى تحقيق أهداف التربية الصحية، وفي هذا السياق أظهرت النتائج من خلال العديد من المؤشرات أن هناك فجوة في التثقيف الصحي الإجتماعي، حيث لوحظ أن هناك ضعف شديد في تنمية الرعاية الصحية العامة وحتى على مستوى الوعي الصحي والوقائي لدى مجتمع البحث، الأمر الذي برز من خلال تصريحات الأغلبية الساحقة من المبحوثين حول عدم تحقيق هذه الضروريات الصحية في أرض الواقع، سواء تعلق ذلك بالمستوى المتدني للدور الذي تقوم به وسائط المجتمع (الفاعلين في قطاع الصحة، وسائل الإعلام المختلفة، مؤسسات التنشئة الإجتماعية) في نشر التثقيف الصحي، أو تعلق بالإجراءات الوقائية التي تجنب الأفراد مخاطر الأمراض المزمنة (ضغط الدم، السكري وأمراض القلب)، كالتوعية الموجهة لترسيخ إهتمام الأفراد بالمسكن الصحي، العادات الغذائية الجيدة والممارسات والسلوكيات الوقائية الأخرى، وهذا ما يشكل معوقا حقيقيا لتقدم النسق الصحي، وقد رجع ذلك إلى عوامل عديدة متداخلة فيما بينها، وفي مقدمتها مشكل الأمية الذي لا يزال يعرف إنتشار كبير في المجتمع الجزائري، وبخاصة لدى شريحة المسنين هذا من جهة، ومن جهة أخرى عدم تفعيل وسائط المجتمع وبشكل محدد مؤسسات المجتمع التعليمية، التي لم يتم إشراكها بالقدر اللازم في نشر التوعية الصحية والوقائية في المجتمع، لذلك فإدراج مقاييس الصحة والوقاية من الأمراض في الأطوار التعليمية أمر لا مفر منه، لأن الإهتمام الآن تجاوز في المجتمعات المنفذة للصحة العامة لحماية صحة أفراد المجتمع، وأصبح يشمل حتى البيئة التي يعيش فيها الأفراد، والتي يمكن أن تكون بداية مشاكلهم الصحية، ومما يبدوا من نتائج هذه الفرضية أنها تكشف عن خلل ونقص في التكامل المقرر بين حقوق وواجبات الفاعلين في المجتمع والتي أشار إليه عدد غير قليل من الباحثين والعلماء في علم الإجتماع وفي مقدمتهم "تالكوت باسونز" الذي أشار إلى العلاقة التثاقفية بين الطبيب والمريض، حيث يرى أن الطبيب يمثل ركن أساسي في عملية التثقيف الصحي في المجتمع.

أما بالنسبة لمسألة التوعية والتثقيف الصحي والوقاية من أمراض العصر المزمنة على مستوى النسق الأسري، فقد تبين من الموقف الغالب للمبحوثين الذي إنحصر في مؤشر نقص التوعية الصحية الأسرية، وبخاصة فيما يتعلق بنشر السلوكيات والعادات السليمة كالتغذية الجيدة والمتوازنة (الخالية من العناصر الضارة)، والإبتعاد عن التدخين، تجنب جميع الممارسات غير الصحية التي تؤدي إلى التعرض للإصابة بأحد الأمراض المزمنة كضغط الدم المرتفع، داء السكري وأمراض القلب، ومن الأسباب المفسرة لذلك أن إنشغال كل فرد في الأسرة بالعمل وفي فترات غير محددة أحيانا، كإنشغال الأباء بمشكلات عملهم الخاص، إلى جانب مشكلات الأسرة اليومية، يضاف إلى ذلك إنشغال الأمهات بالوظيفة المترلية وأحيانا إلتزامهن بمسئوليات خارج المترل ...الخ، كل ذلك صرف الإهتمام بقضيتي التوعية الصحية والوقاية من الأمراض العصرية المزمنة.

إن ضعف الروابط الأسرية وتفكك الأسرة، والصراعات الزوجية والفتور العاطفي، جميعها عوائق تساهم في تجاهل نصائح من أقل خبرة بمن أكثر خبرة من أعضاء الأسرة، ومن ثم عدم الإصغاء للممارسات الصحية في نظام الحياة الأسرية، ولعل ما زاد الأمر تعقيدا هو تدني مستوى الوعي الصحي الأسري، فيما يتعلق بنقص الحوار أو النقاش الأسري حول تاريخ المرض المزمن، أي مدى حضور عامل الوراثة في الوسط العائلي، خاصة وأن هذا الأخير (العامل الوراثي) يمثل عاملا مؤهبا يتفاعل بشدة في الغالب مع عوامل البيئة الإجتماعية الأخرى المسببة في أمراض القلب، ضغط الدم المرتفع والسكري، وكما ورد في هذا الشأن من نتائج، فإن الأب والأم هم أقرب الأقربين اللذين حملوا المرض ضمن أعضاء عائلات المبحوثين، الأمر الذي جعلهم أكثر عرضة للإصابة بهذه الأمراض المزمنة. لذلك فالمسؤولية الملقاة على عاتق الوالدين أكبر بكثير من غيرهما من أعضاء الأسرة الآخرين، حول مسألة التوعية المسبقة لمخاطر عامل الوراثة ودوره في نقل الأمراض من جيل إلى جيل .

ولعل ما زاد من تعقيد المسألة هي تلك النتيجة الهامة التي جاءت تعكس نقص الوعي الصحي الوقائي الملموس الذي برز على المستوى الفردي، حيث تم الكشف عن مؤشر قوي وهو كيفية التعامل أو مواجهة أحداث الحياة الذي إنحصر في السكوت والكبت، وبخاصة لدى جنس الإناث من المبحوثين، الأمر الذي يعني أن هؤلاء الأفراد كانوا يفتقرون إلى إستراتيجية صحية ووقائية لمواجهة المواقف الإجتماعية والظروف وعقبات الحياة الصعبة هذا من جهة، ومن جهة أخرى أن الأوضاع السوسيو-أمنية التي عايشها الفرد الجزائري لعقدين من الزمن، قد ولدت لديه عقد نفسية مختلفة، كالإلتزام بالسكوت والكبت والخوف من الآخر، وهذه إستجابات ترفع من إضطراب الحالة الصحية وتسبب الضغط المستمر الذي ينتهي عادة بأحد الأمراض المزمنة قيد الدراسة .

ولقد ظهر أيضا إهمال ملموس لأفرد العينة حول تدني مستوى إكتسابهم للمعلومات الصحية والوقائية من مسببات الأمراض العصرية المزمنة كضغط الدم المرتفع، داء السكري وأمراض القلب، وبخاصة فيما يتعلق بتدني مستوى الوعي الغذائي الذي برز في مؤشر تناول المأكولات العالية الملوحة وكذا

المأكولات والمشروبات السكرية وبكثرة، ولعل الملاحظة الملفتة للإنتباه حول هذه النتيجة أن المستوى التعليمي لم يؤثر بصورة فعالة في إكتساب أفراد العينة للمعرفة الصحية والوقائية اللازمة، الأمر الذي إتضح جليا من إعتمادهم أكثر على تحصيل هذا النوع من المعرفة الصحية على الحديث المتبادل بين الناس، وهذا يعني أن الخطابات المتعلقة بالمعرفة الصحية التقليدية لزالت تمثل عائقا للتنمية الصحية والوقائية في المجتمع الجزائري.

ومما هو معلوم لدى العام والخاص أن ممارسة التمارين الرياضية تمثل أفضل الإجراءات الوقائية من أمراض عديدة وبخاصة ضغط الدم المرتفع، داء السكري وأمراض القلب، وهذا ما لم يؤخذ في الحسبان لدى أفراد العينة، حيث صرح معظمهم أنهم كانوا غافلين عن ممارسة الرياضة في نظام حياتهم اليومية، وبشكل محدد منهم جنس الإناث بحكم الضوابط والعرف الإجتماعي الذي يقيد حياة المرأة في المجتمع، وهذا ما يعني أن ممارسة الرياضة لزالت ترتبط بمراحل عمرية دون غيرها كما ترتبط بالمؤسسات التعليمية أو تعتبر وسيلة ترفيه لا أكثر، ولقد لوحظ أيضا حتى المشي لمسافات يمكن قطعها بالسير على الأقدام قد جاء في المراتب الأخيرة بالنسبة لتنقلاتهم اليومية، الأمر الذي يبين مدى إستهلاكهم الكثيف لوسائل النقل المختلفة دون مبادلاة بصحتهم، يضاف إلى ذلك مقدار النشاط الضعيف في العمل أو المترل، والذي برز لدى المبحوثين في تصريحاتهم، الأمر الذي يكشف حياة الخمول التي عاشها هؤلاء، مما قد يضاعف من تعرضهم للمرض المزمن أكثر من غيرهم .

وفي سياق تدني مستوى الإجراءات الوقائية لدى الأفراد وآثار ذلك على الإصابة بالمرض المزمن، برزت نتيجة هامة كذلك مفادها كثرت المدخنين بين المبحوثين وبخاصة لدى جنس الذكور منهم، والملفت للإنتباه أن هذه العادة السيئة لم تنحصر لدى المبحوثين الأميين فقط، بل تعدت إلى ذوي المستوى التعليمي المعتبر منهم، وهذا يعني أن هناك نقص في وعي الأفراد بشكل كبير حول مخاطر هذا النوع من العادات الخبيثة التي تؤثر ببطء في صحة الإنسان وتؤدي به إلى الهلاك.

إن المؤشر الآخر الذي أكد مدى مساهمة تدني مستوى وعي المبحوثين في إصابتهم بالمرض المزمن الذي يعانون منه، هو إقرارهم وبالأغلبية الساحقة وحتى ذوى المستوى التعليمي المعتبر منهم أنهم كانوا يفتقرون فعلا للمعلومات الصحية والوقائية من مخاطر أمراض العصر المزمنة كضغط الدم المرتفع داء السكر وأمراض القلب، الأمر الذي جعلهم يخرون مرضى بهذه النوعية من الأمراض، يضاف إلى ذلك أنهم إستغرقوا مدة زمنية معتبرة بعد ظهور الأعراض المرضية وزيارتهم الطبيب، وهذا مؤشر يؤكد بأنه فعلا كان بالنسبة لهم الحفاظ على الصحة والوقاية من الأمراض المزمنة هي آخر الإجراءات المتخذة في نظام حياتهم اليومية، ومن خلال هذه الحقائق المتوصل إليها والسالفة الذكر يبدوا أن هذه الفرضية التي عالجت تدني مستوى الوعي الصحي وكيف يرفع من حدة الإصابة بالأمراض المزمنة كالضغط الدموي المرتفع، داء السكري وأمراض القلب، قد تحققت في مؤشرات عديدة كتدني مستوى الوعي الصحي الإجتماعي العام في المجتمع، وتدني مستوى الوعي الصحي الأسري، عامل التاريخ العائلي المرضي (الوراثة)، وقلة الحوار

والنقاش الأسري في هذا الشأن، قلة المعرفة الصحية الوقائية على مستوى الأفراد وبخاصة فيما يتعلق بنقص الوعي الغذائي، قلة مقدار النشاط البدني الرياضي ،(المشي مقدار النشاط في العمل)، التـــدخين وآثـــاره المرضية، تقييم مدى مساهمة تدني مستوى الوعي الصحي عامة.

الفصل الثامن :

المستوى المعيشي الأسري وعلاقته بإنتشار الضغط الدموي والسكري والقلب

- **تمهيد**

المطلب الأول : مستوى الدخل الشهري الأسري وأبعاده الصحية والمرضية .

المطلب الثاني : الطبقة الإجتماعية وإهتماماتها بضروريات الوقاية من الأمراض المزمنة .

المطلب الثالث : مشكلات الدخل الشهري الأسري المرتبطة بالضغوط الإجتماعية والنفسية .

المطلب الرابع :أهم مشكلات المسكن الأسري العلائقية وإنعكاستها على الصحة والمرض المزمن .

المطلب الخامس : حدود مساهمة المستوى المعيشي في إنتشار الإصابة بالمرض المزمن .

- **إستنتاج الفرضية الثالثة**

تمهيد :

يمكن معرفة أهم المشكلات المرتبطة بالمستوى المعيشي الأسري التي تؤثر بشكل مباشر أو غير مباشر في نسق الصحة والمرض المزمن، من خلال الإستناد إلى الأهمية الكبرى التي يوليها المنظور الإجتماعي للصحة والمرض، في علاقتهما بالعامل الإقتصادي الذي يعكس العديد من الممارسات الصحية وغير الصحية.

إن متغير المستوى المعيشي يتضمن أبعاد ومحددات سوسيولوجية وإقتصادية هامة بالنسبة لمعرفة مستوى صحة الفرد والأسرة على سواء، وحتى معرفة مكانتهما في السلم الإجتماعي أو الطبقة الإجتماعية، لذلك فهو يلعب دورا فعالا في مسائل عدة، منها مسألة الصرف والإنفاق على إحتياجات الصحة الرئسية والثانوية وسد متطلبات الحياة الضرورية من ملبس ومأكل ومسكن...إلخ.

إذا فالمستوى المعيشي ينعكس بطبيعة الحال على تراجع الحالة الصحية للأفراد والأسر، وأيضا الرعاية الصحية العامة للمجتمع، فالفقر كمؤشر هام يحمل عدة دلالات على تخلف المجتمعات في الحقل الصحي، فهو يؤثر في الصحة البدنية والنفسية والبيولوجية والذاتية ويزيد من إضطرابات العلاقات الأسرية، ومما هو معروف أن الفقراء هم أقل إهتماما بالرعاية الصحية سواء تعلق الأمر بالتغذية الصحية، التي تقي الجسم من الأمراض المزمنة، أو تعلق الأمر بتوفير الخدمات الصحية الأخرى كالعلاج وشراء الأدوية ...الخ، وفي مقابل ذلك يمثل الغنى كمؤشر ثاني يدل على الوفرة للخدمات العامة، غير أنه قد يؤدي إلى الإضرار بالصحة إذا زاد الإسراف في جانب مهم من جوانب الصحة، كزيادة إستهلاك الأغذية المسمنة المرتبطة بالأمراض المزمنة محل الدراسة أو أثار مشكلات مالية ترفع من التوترات والضغوط العائلية .

ونظرا للأهمية التي تكمن وراء إكتشاف عمق الصلة الموجودة بين المستوى المعيشي والحالة الصحية والمرضية سيتم التطرق في هذا الفصل إلى بعض المؤشرات القوية، التي يمكن من خلالها قياس المستوى المعيشي وتأثيراته على الصحة والمرض المزمن (ضغط الدم، داء السكري، وأمراض القلب)، ومن ذلك الدخل الشهري كمؤشر هام يثير ويفرز مشكلات أسرية عديدة، وكذلك مؤشر الطبقية الإجتماعية، الذي يسهم في معرفة من هي الشريحة الأكثر تضررا من هذه الأمراض المزمنة في المجتمع، ومدى إهتمامها بتوفير السلع والخدمات الضرورية الوقائية من الأمراض المزمنة، ويأتي مؤشر آخر له أهمية كبيرة أيضا يرتبط أساسا بالمشكلات العلائقية التي يفرزها المسكن الأسري، وما ينتج عن ذلك من ضغوط إجتماعية ونفسية قد تساهم في إصابة صحة الأفراد الذي يقيمون فيه بأحد هذه الأمراض المزمنة، أي مرض الضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب.

المطلب الأول : مستوى الدخل الشهري الأسري وأبعاده الصحية والمرضية .

إن الدخل الأسري كمؤشر سوسيو-إقتصادي قوي بإمكانه أن يسهم في إلحاق الإصابة بأحد الأمراض المزمنة كالضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب، ويزداد تأثير هذا المؤشر أكثر إذا كان في مستوى منخفض وما ينجر عن ذلك من مشكلات وأزمات مالية أسرية، أو كان في مستوى عال ولا يستغل إلا في الإسراف الضار بالصحة، الأمر الذي يتم إكتشافه في هذا الإطار من خلال تحديد مستوى دخل أسر المبحوثين المرضى، إلى جانب تقييمهم لمقدار المصاريف المترلية من حيث تحقيق الكفاية من عدمها، وتأثيرات ذلك على وضعيتهم الصحية قبل الإصابة بالمرض المزمن، هذا ما يمكن توضيحه من خلال الجدول التالي :

جدول رقم (90) : يبين تحديد مستوى الدخل الشهري الأسري للمبحوثين قبل إصابتهم بالمرض المزمن .

الدخل الشهري الأسري	التكـــــرار	النسبـــــــــة %
[أقل من 10.000دج [	113	25.68
[10.000-15.000دج [	87	19.77
[15.000-20.000دج [	69	15.68
[20.000-25.000دج [	31	07.05
[25.000-30.000دج [	27	06.14
[30.000دج فأكثر [	113	25.68
المجمـــــــــــــــوع	440	100

بناء على أرقام هذا الجدول يلاحظ أن هناك نسبتين عاليتين ومتساويتين قدرتا بـــ25.68%، وهما لذوي مستوى الدخل الشهري الأسري المنخفض والمرتفع على حد سواء، أي تمثلان فئتي الدخـــــــل [أقل من 10.000دج[و [أكثر من 30.000دج[، وهنا يمكن إستنتاج نتيجة هامة وهي أن المبحوثين من ذوي الدخل المنخفض والمرتفع هم الأكثر تعرضا للإصابة بهذه النوعية من الأمراض المزمنة .

كما يلاحظ تسجيل نسبتين معتبرتين أيضا تقدر الأولى بـــ19.77% وتمثل فئـــة الدخـــل [10.000-15.000دج[، وتقدر الثانية بـــ15.68% وتمثل فئة الدخل [15.000-20.000دج[، حيث تدعم هاتان النسبتان ذوي مستوى الدخل الشهري الأسري المنخفض والمتوسط، وتأتي في الأخير نسبتان متقاربتان وضعيفتان مقارنة بالنسب السالفة الذكر، حيث تقدر الأولى بـــ07.50% وتقدر الثانية بـــ06.14% وهاتان النسبتان تدعمان ذوي مستوى فئتي الدخل الشهري الأسري المتوسط والعالي، أي فئة [20.000-25.000دج[وفئة [25.000-30.000دج[.

والذي تجدر الإشارة إليه أن هذه النسب العالية الممثلة لمدخول المبحوثين المنخفض والمرتفع على حد سواء تبرز في الواقع حقيقتين هامتين، فالأولى مفادها أن مستوى الدخل الشهري الأسري الذي كان مصدر عيش أفراد العينة قبل إصابتهم بالمرض المزمن الذي يعانون منه، لم يكن يتعدى حتى الأجر الأدنى المضمون الذي يتقاضاه أي عامل حكومي في المجتمع الجزائري، وهذا ما يبرر عدم كفاية هذا المستوى من الدخل لسد كل حاجيات الأسرة، خاصة منها الضرورية للصحة والوقائية كالمسكن وظروف العيش الحسنة، بالإضافة إلى تعليم الأبناء إن وجدوا، ما إلى ذلك من الحاجيات الأخرى، وهذا ما قد يعرض الأسرة إلى مشكلات مادية تزيد من إضطربات الوضع الصحي .

أما الحقيقة الثانية فتعني أن ذوي مستوى الدخل المرتفع هم أيضا عرضة للإصابة بهذه الأمراض، وهذا ما هو شائع في الأدبيات الطبية والإجتماعية حول هذه النوعية من الأمراض المزمنة التي تسمى بأمراض الأغنياء والتخمة وبخاصة ضغط الدم، السكري وأمراض القلب، وعليه فأمراض العصر المزمنة هذه باتت تمس مختلف شرائح المجتمع غير أنها تميل أكثر إلى شريحتي الفقراء والأغنياء -حسب تصريحات أفراد العينة- أي كلما تدنى مستوى الدخل أو إزداد إرتفاعا صاحبته هذه الأمراض المزمنة الثلاث، لذلك فهي تعزى لأسباب عدة يمكن أن ترتبط بالضغوط والمشكلات الناجمة عن الحرمان المادي أو سوء التغذية، كما يمكن أن ترتبط بالوفرة المادية وما ينجم عنها من صراعات أسرية، كما صرح بها المبحوثين أو الإسراف والإفراط في إستهلاك مواد غذائية ضارة بالصحة، وتمثل سببا من الأسباب التي تكمن وراء الإصابة بهذه الأمراض المزمنة .

ومن هذا وذاك يمكن إعتبار أن الفقر والثراء عاملان من العوامل المؤهبة التي تساهم في تكوين أو تطبيع السلوكيات والعادات المرتبطة بقضيتي الصحة والمرض المزمن وسواء كانت سلبية أو إيجابية، أي أن هذين العاملين ليس هما المسؤلين لوحدهما كلية عن الإصابة بهذه الأمراض، حيث توجد الكثير من الأسر الفقيرة والغنية وذات مستويات صحية لائقة، وإنما ترتبط هذه النوعية من الأمراض المزمنة بالفقر والمعاناة من قلة الدخل إذا صاحبتها ممارسة المطامع والمطامح الواسعة، التي لا تجد أمامها الفرص المتاحة لتحقيقها بالوسائل والإمكانيات المادية المتاحة أيضا هذا من جهة، ومن جهة أخرى فإن قلة الدخل غالبا لا تسمح بالحصول إلا على الأغذية المنخفضة الثمن، والأغذية المنخفضة الثمن في المجتمع الجزائري كمجتمع سائر في طريق النمو والتحديث ويفتقد إلى التوازن الإقتصادي -كما يلاحظ في الواقع المعيش- هي الأغذية

الكربوهيدراتية المسمنة، وهي مصادر أغذية الطاقة التي يؤدي الإعتماد عليها في التغذية إلى الإصابة بالسمنة المرتبطة أشد الإرتباط بإنتشار هذه النوعية من الأمراض المزمنة.

ورغم أن الثراء قد يسبب السمنة والفقر يسبب السمنة -ومع ضرورة وجود عوامل أخرى لإكتمال حدوث السمنة- فإن السبب الأول هو كثرت تناول المواد البروتينية من لحوم وأسماك ودجاج، والمواد الدهنية من فطائر وكعك ومشروبات، ولذلك غالبا ما ترتبط بظهور أحد الأمراض المزمنة كالضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب، وهذه قاعدة عضوية موجودة في الأغذية المشبعة بالدهون والمسمنة، ومن الممكن أن تكون سمنة الفقيرة مرتبطة بظهور عرض آخر من أعراض نقص التغذية مثل نقص في الفيتامينات أو نقص في البروتينات.

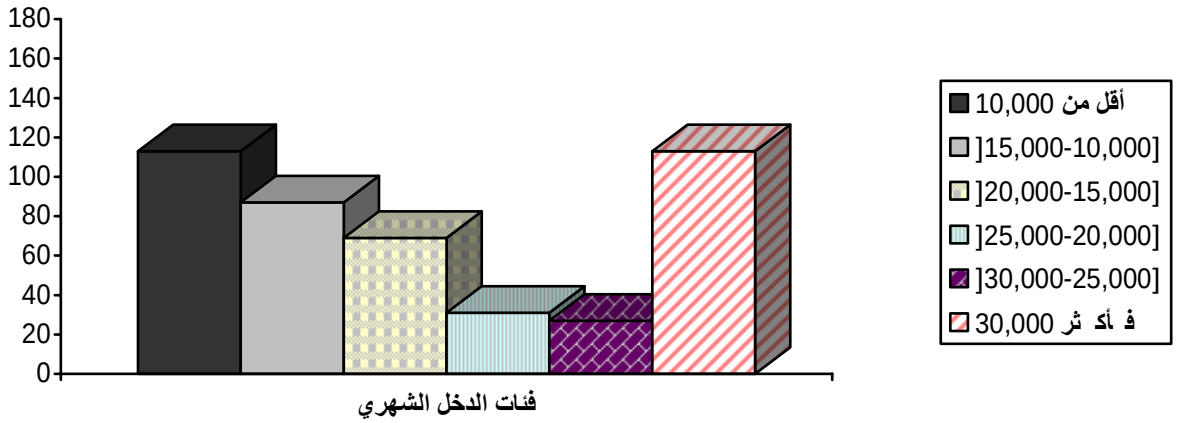
وإستنادا إلى ما صرح به أفراد العينة فإن عادة كثرة الطعام عند الأثرياء تتكون نتيجة توفر كميات كبيرة منه أمامهم على الموائد، وإختلاف أصناف الطعام وحسن إعداده بصورة تجذب النفس إليه، فيندفع الفرد في تناول الطعام لعدم قدرته على مغالبة الظروف المحيطة به.

وغالبا ما تكون سمنة الأغنياء ناتجة عن كثر تناول الأطعمة عموما، أما الوجه الآخر للعملة فيلاحظ عند هؤلاء الأثرياء الذين يجلسون على الأرائك الوثيرة، ويحركون كل شيء بأزرار التحكم البعيدة (Télécommande)، هؤلاء لا يجدون بالطبع إلا إضافة كميات معتبرة من الشحوم ويعانون أيضا من السمنة المفرطة، فهم للأسف الشديد معرضون أكثر من غيرهم لحدوث الداء السكري وليس ذلك فقط بل أيضا تصلب الشرايين وإرتفاع ضغط الدم والذبحة الصدرية، وإن كل المدارس الطبية على إختلاف آرائها ونظرياتها، وكذا الأبحاث التي أجريت للكشف عن أسباب إنتشار هذه النوعية من الأمراض المزمنة، جميعها متفق على أن أهم أفات العصر الحديث، وبالأخص آفات هذه الأمراض هي الخمول الجسمي والعادات الغذائية السيئة والسمنة، وكثرة الإحباطات الناتجة عن كثرة المشاكل اليومية*[1]ولعل بيانات الجداول اللاحقة ستكشف أكثر هذه الحقائق .

ولأجل معرفة ما هو المستوى المعيشي الذي يمثل عاملا مؤهبا للإصابة بهذه الأمراض أكثر من الآخر، تمت عملية حساب متوسط الدخل الشهري الأسري، والذي إتضح أنه يقدر بـــ18119.31دج وهذا ما يؤكده مرة أخرى أن الفقراء يشتركون مع الأغنياء في الإصابة بهذه الأمراض .

*لمزيد من المعلومات، أنظر عوامل إنتشار الأمراض المزمنة (الضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب)، المطلب السادس، المبحث الأول، الفصل الثالث، الباب الأول للدراسة النظرية.

شكل رقم(20):مدرج تكراري يمثل توزيع الدخل الشهري لأسر المبحوثين قبل إصابتهم بالمرض المزمن



جدول رقم (91) : يمثل تقييم مستوى الدخل الشهري الأسري للمبحوثين وعلاقته بمقدار المصاريف المترلية قبل إصابتهم بالمرض المزمن.

مقدار المصارف المترلية / الدخل الشهري الأسري	المصاريف المترلية أكبر من الدخل	المصاريف المترلية أقل من الدخل	المصاريف المترلية تتساوى مع الدخل	المجمـــــوع
[أقل من 10.000دج]	99 %87.61	01 %0.89	13 %11.50	113 %100
]15.000-10.000دج]	67 %77.01	05 %0.75	15 %17.24	87 %100
]20.000-15.000دج]	37 %53.62	06 %08.70	26 %37.68	69 %100
]25.000-20.000دج]	12 %38.70	04 %12.90	15 %48.39	31 %100
]30.000-25.000دج]	05 %18.52	04 %14.81	18 %66.67	27 %100
[30.000دج فأكثر]	03 %02.65	66 %58.41	44 38.94%	113 %100
المجمـــــــــــــــوع	223 %50.68	86 %19.55	131 %29.77	440 %100

بعد ما تمت معرفة حدود مستوى الدخل الشهري الأسري، جاء دور معرفة تقييمات أفراد العينة لكفاية مستوى هذا الدخل في علاقته بمقدار المصاريف المترلية قبل الإصابة بالمرض المزمن، الأمر الذي سيتضح من خلال هذا الجدول وعلى أساس معطياته يتبين أن النسبة الغالبة، والتي تقدر بـــ50.68% تعود

إلى أفراد العينة الذين صرحوا بأن مقدار المصاريف المترلية أكبر من الدخل، مقارنة بنسبة تقدر بـــ19.55%، عادت إلى الذين صرحوا منهم بأن مقدار المصاريف المترلية أقل من الدخل، في حين عادت نسبة معتبرة قدرت بـــ29.77% للذين صرحوا منهم بأن مقدار المصاريف المترلية يتساوى مع الدخل .

وبالعودة إلى متغير الدخل الشهري الأسري كمتغير مستقل فيلاحظ أنه متغير هام يؤثر ويلعب دورا كبيرا في بلورت تقييمات أفراد العينة تجاه مقدار المصاريف المترلية، سواء تعلق الأمر بكفايتها أو عدم كفايتها أو مساواتها مع الدخل، حيث يظهر أنه كلما إنخفض الدخل الشهري الأسري كلما أثر ذلك في تقييم أفراد العينة بالرفع من نسب تصريحاتهم تدريجيا بعدم كفاية المصاريف المترلية، والعكس صحيح كلما إرتفع الدخل الشهري الأسري كلما أثر ذلك في تقييم أفراد العينة بالرفع من نسب تصريحاتهم تدريجيا بكفاية الدخل للمصاريف المترلية، وبناء على هذه المعطيات تم تسجيل أعلى نسبة تقدر بـــ87.61%، قد عززت الإتجاه العام للجدول الذي تمحور حول إجابات المبحوثين من ذوي فئة الدخل الشهري الأسري المنخفض [أقل من 10.000دج[، أي التصريح بأن المصاريف المترلية أكثر من الدخل، هذا مقابل أدنى نسبة قدرت بـــ0.89% هي للمبحوثين من نفس فئة الدخل، والذين صرحوا بأن المصاريف المترلية أقل من الدخل، ثم تأتي نسبة تقدر بـــ77.01% تمثل موقف المبحوثين من ذوي فئة الدخل الشهري الأســـري المنخفـــض [10.000-15.000دج[، والقائل أيضا بأن المصاريف المترلية أكبر من الدخل، مقابل أدنى نسبة قدرت بـــ0.75% للمبحوثين من فئة الدخل نفسها، هي للذين تمحورت إجابتهم في القول بأن المصاريف المترلية أقل من الدخل .

أما بالنسبة للمبحوثين من ذوي صنف الدخل الشهري الأسري المتوسط [15.000-20.000دج[، فقد قدرت النسبة لديهم بـــ53.62%، حيث جاء هذا الموقف يعزز التصريح بأن المصاريف المترلية أكبر من الدخل مقابل أدنى نسبة قدرت بـــ8.70%، من صنف الدخل نفسه سجلت للمبحوثين الذين تمثل موقفهم في القول بأن المصاريف المترلية أقل من الدخل، ويعزز أيضا موقف المبحوثين الذين صرحوا بأن المصاريف المترلية أكبر من الدخل بنسبة تقدر بـــ38.70%، هي لذوي فئة الدخل الشهري الأسري المتوســـط [20.000-25.000دج[، مقابل أصغر نسبة تقدر بـــ12.90% سجلت من نفس فئة الدخل للمبحوثين الذين صرحوا بأن المصاريف المترلية أقل من الدخل .

وفي الأخير تنخفض النسبة إلى 18.52% بالنسبة للمبحوثين من ذوي فئة الدخل الشهري الأسري المرتفع [25.000-30.000دج[، والذين صرحوا بأن المصاريف المترلية أكبر من الدخل، مقابل أدنى نسبة قدرت بـــ14.81% من فئة الدخل نفسها وتمثل تصريح المبحوثين بأن المصاريف أقل من الدخل، كما يدعم موقف المبحوثين القائل بأن المصاريف أكبر من الدخل بنسبة ضعيفة جدا تقدر بـــ2.65%، هي للمبحوثين من صنف الدخل الشهري الأسري المرتفع [30.000دج فأكثر[، والذين جاء موقفهم ينحصر في القول بأن المصاريف المترلية أكبر من الدخل مقابل نسبة أعلى تقدر بـــ58.41%، هي للمبحوثين الذين تمثل موقفهم في القول بأن المصاريف المترلية أقل من الدخل .

وما يمكن إستنتاجه من خلال النتائج السالفة الذكر، أن هناك علاقة طردية بين تقييم مستوى الدخل الشهري الأسري في علاقته بمقدار المصاريف المترلية، حيث يظهر أن متغير الدخل الشهري كان له تأثير قوي على قرارات تقييمات المبحوثين حول كفايته للمصاريف المترلية من عدمها لسد متطلبات الحياة الضرورية قبل إصابتهم بالمرض المزمن، إذ أن ذوي المستوى المادي المنخفض قد إعترفوا بأن تدني المورد المالي، لم يكن يفي أو يوفر لهم المصاريف اللازمة للعيش في مستوى صحي جيد، فقد صرحوا أن نقص المال كان دائما كعائقا كبيرا أمام تحقيق الرعاية الصحية، فهو غالبا ما يحول دون تحقيق الرغبة في العلاج، فالفقير عادة ما يفكر في أول وهلة أن الذهاب مثلا إلى الطبيب يكلفه نفقات مالية، قد يقتطعها من المصاريف المترلية الخاصة بعيش الأسرة، وبما أن الفقر غالبا ما يكون مرتبط بتدني المستوى التعليمي، فإن هذا الأمر يرتبط بدوره بتدني مستوى الوعي الصحي والوقائي، لأن الإهتمام في هذه الحالة ينصب ويميل تجاه توفير ما هو ضروري للعيش، أو البحث عن عمل إذا كان الفرد عاطلا (مشكلة البطالة)، الأمر الذي يصرفه عن الإهتمام بجوانب الصحة والوقاية من الأمراض المزمنة كالضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب، وهذا يعني أن إكساب الثقافة الصحية يتأثر بالظروف المادية.

أما بالنسبة لذوي المستوى المادي العالي، فقد صرحوا هم أيضا أن الزيادة في الدخل لديهم عن المصاريف المترلية أدت إلى إتاحة لهم الفرص أكثر للصرف والتنويع والإكثار من المأكولات والمشروبات، التي كانت مضرة بصحتهم في أغلب الأحيان، خاصة وأن معظم الذين يتوفرون على مستوى دخل عال يفضلون العيش في المراكز الحضرية، أين تطغى الوفرة والمنافسة، وهذه الظروف المعيشية تزيد بدورها من الضغوط الحياتية التي تساهم في الإصابة بهذه الأمراض المزمنة.

ومما يبدو أن القرارات التي كان يتخذها المبحوثين قبل إصابتهم -حسب تصريحهم- كانت مرهونة بالظروف المحيطة بهم ومن أهمها الظروف المادية، الأمر الذي يؤكد أن الإصابة بهذه النوعية من الأمراض تتأثر إلى حد بعيد بعدة عوامل من أهمها الظروف السوسيو-إقتصادية، والتي بدورها تؤثر في الحقل الصحي العام للمجتمع .

وفي هذا الصدد حتى يتم التعرف أكثر عن الآثار الكامنة وراء الوضع المادي وما يرتبط به من ضروريات الصحة التي تقي من الإصابة بهذه الأمراض المزمنة، وأين تتموقع هذه النوعية من الأمراض في إطار السلم الإجتماعي أو الطبقة الإجتماعية سيتم عرض نتائج المطلب التالي .

المطلب الثاني: الطبقة الإجتماعية وإهتماماتها بضروريات الوقاية من الأمراض المزمنة .

إن الأمراض ظاهرة تصيب جميع شرائح المجتمع دون إستثناء، غير أن تأثرها بالبيئة الإجتماعية يختلف من شخص إلى آخر ومن أسرة إلى أخرى وحتى من طبقة إجتماعية إلى أخرى، وهذا نتيجة للممارسات الصحية التي تعني جميع التصرفات والسلوكيات المتبعة في نمط الحياة اليومية، وقد تتأثر هذه الممارسات أيضا بعدة عوامل منها مستوى الوعي الصحي، العادات والتقاليد، المعتقدات، نمط الإستهلاك، والمستوى المعيشي، هذا الأخير الذي يعتبر بدوره المحدد الرئيسي لعامل الطبقة الإجتماعية كعامل فعال وقوي التأثير في

نفس الوقت، يمكن من خلاله تأكيد ما تم التوصل إليه في سياق النتائج السالفة الذكر، ومن ثم البحث في تحديد نوعية الممارسات الصحية أي كل ما يتعلق بالسلع والخدمات الضرورية للصحة والتي تساهم في الوقاية من الإصابة بالأمراض المزمنة قيد الدراسة، أو بالأحرى معرفة مدى الإستجابة لهذه السلع والخدمات الصحية وتأكيد أيضا أو نفي ما هو شائع عن أفراد الطبقات الإجتماعية العليا، فيما يخص إهتماماتهم بتوفير السلع والخدمات الصحية الوقائية والإسراع في طلب العلاج والإطمئنان الدائم على صحتهم ...الخ وهذا عكس ما هو شائع عن أفراد الطبقات الإجتماعية الدنيا الذين يتجاهلون السلع والخدمات الصحية الوقائية أو يتباطئون في توفيرها ولا يستجبون حتى للأعراض المرضية، الأمر الذي سوف يتضح عند إبراز العلاقة بين الطبقة الإجتماعية التي تم تحديدها في الدخل الشهري الأسري ومدى تأثير ذلك في الممارسات الصحية كتوفر السلع والخدمات الضرورية للصحة والوقاية من المرض المزمن.

جدول رقم (92) : يبين علاقة الدخل الشهري الأسري بإهتمام الأسرة بتوفير ضروريات الصحة والتي تقي من الأمراض المزمنة قبل الإصابة بها .

إهتمام الأسرة بتوفير الضروريات الصحية والوقائية / الدخل الشهري الأسري	نعم	لا	المجمـــــوع
[أقل من 10.000دج [	02 %01.77	111 98.23%	113 %100
[10.000-15.000دج [	08 %09.20	79 %90.80	87 %100
[15.000-20.000دج [	24 %34.78	45 %65.22	69 %100
[20.000-25.000دج [	14 %45.16	17 %54.84	31 %100
[25.000-30.000دج [	14 %51.85	13 %48.15	27 %100
[30.000دج فأكثر [	107 %94.69	6 %05.31	113 %100
المجمـــــــــــــــوع	169 %38.41	271 %61.59	440 %100

لقد أسفرت نتائج الدراسة من خلال بيانات هذا الجدول، أن غالبية المبحوثين لم يكن لأسرهم إهتمام بتوفير السلع والخدمات الضرورية للصحة والتي تقي من الأمراض المزمنة قبل الإصابة بها، الأمر الذي ظهر من خلال الإتجاه العام للجدول، حيث تم تسجيل أعلى نسبة قدرت بـــ61.59% من المبحوثين صرحوا بعدم إهتمام أسرهم بتوفير السلع والخدمات الضرورية للصحة والوقاية من الأمراض المزمنة، مقارنة بنسبة 38.41% من المبحوثين الذين صرحوا بإهتمام أسرهم بتوفير السلع والخدمات الضرورية للصحة والوقاية من الأمراض المزمنة.

إن التمعن في حدود تأثير الدخل الشهري الأسري، وفي إطار التدرج الإجتماعي منذ الوهلة الأولى يلاحظ أن هناك علاقة بين الدخل الشهري الأسري، وإهتمام العائلات بتوفير السلع والخدمات الضرورية للصحة والتي تقي من الأمراض المزمنة قبل الإصابة بها، حيث يظهر أن إنخفاض الدخل يقلص من إهتمام أسر أفراد العينة بتوفير السلع والخدمات الضرورية للصحة والوقائية، والعكس صحيح أي أن إرتفاع الدخل يزيد من إهتمام أسر أفراد العينة بضروريات الصحة الوقائية، الأمر الذي يتأكد من تعزيز الإتجاه العام للجدول الذي كان يتركز بإتجاه عدم الإهتمام بالسلع والخدمات الضرورية للصحة والتي تقي من الأمراض المزمنة.

وهذا التعزيز جاء من طرف المرضى الذين ينتمون إلى فئة الدخل الشهري الأسري [أقل من 10.000دج[، وذلك بأعلى نسبة تقدر بـــ98.23% مقابل نسبة تقدر بـــ1.77% من نفس فئة الدخل للمبحوثين، الذين كانت إجابتهم تتركز حول الإهتمام بالسلع والخدمات الصحية والوقائية الضرورية، وفي صنف الذين ينتمون إلى فئة الدخل المنخفض أيضا، توجد نسبة تقدر بـــ90.80% من فئة [10.000-15.000دج[هي للمبحوثين الذين كانت إجاباتهم تتركز حول عدم الإهتمام بتوفير السلع والخدمات الضرورية للصحة الوقائية، وهذا مقابل نسبة 9.20% من نفس فئة الدخل الذين أجابوا بإهتمام أسرهم بتوفير السلع والخدمات الضرورية للصحة والوقاية.

أما بالنسبة لفئة الدخل الشهري الأسري المتوسط [15.000-20.000دج[، فقد كان تدعيمها أيضا للمبحوثين الذين قالوا بعدم إهتمام أسرهم بتوفير السلع والخدمات الضرورية للصحة والوقاية، وذلك بنسبة تقدر بـــ65.22% مقابل نسبة تقدر بـــ34.78% من نفس فئة الدخل للمبحوثين الذين قالوا بإهتمام أسرهم بتوفير السلع والخدمات الضرورية للصحة والوقاية، وفي نفس السياق أي ضمن فئة الدخل الشهري المتوسط [20.000-25.000دج[، فقد سجلت نسبة تقدر بـــ54.84%، هي للمبحوثين الذين كانت إجاباتهم تركزت في عدم إهتمام أسرهم بتوفير السلع والخدمات الضرورية للصحة والوقاية، مقابل نسبة قدرت بـــ45.16% من نفس فئة الدخل عادت للمبحوثين الذين كانت إجابتهم تتركز في الإهتمام أسرهم بتوفير السلع والخدمات الضرورية للصحة والوقاية من الأمراض المزمنة .

وفي الأخير يلاحظ أن فئة الدخل الشهري الأسري المرتفع [25.000-30.000دج[، قد سجلت نسبة تقدر بـــ48.15%، هي للمبحوثين الذين كانت إجابتهم تنحصر في عدم إهتمام أسرهم بالسلع والخدمات الضرورية للصحة والوقاية، وتبدو هذه النسبة منخفضة مقارنة بنسبة تقدر بـــ51.85%، سجلت في فئة الدخل نفسها للذين كانت إجابتهم تتركز على إهتمام أسرهم بتوفير السلع والخدمات الضرورية للصحة الجيدة والوقاية، وضمن فئة الدخل الشهري الأسري المرتفع [30.000دج فأكثر[، تم تسجيل نسبة منخفضة أيضا تقدر بـــ5.31%، هي للمبحوثين الذين كانت إجابتهم تنحصر حول عدم إهتمام أسرهم بتوفير السلع والخدمات الضرورية للصحة الجيدة، وهذا مقابل نسبة تقدر بـــ94.69% من نفس فئة الدخل،

هي للمبحوثين الذين كانت إجاباتهم تنحصر حول إهتمام أسرهم بالسلع والخدمات الضرورية للصحة والوقاية من الأمراض المزمنة .

يستنتج من خلال القراءة الإحصائية التي أوضحت علاقة التأثير القوية التي برزت بين الدخل الشهري الأسري وإهتمام الفاعلين داخل نسق الأسرة، فيما يتعلق بالتوفير من عدمه للمتطلبات الصحية والوقائية الهامة من الأمراض المزمنة، أن المستوى المادي الذي يعتبر من أقوى محددات الطبقة الإجتماعية، وفي نفس الوقت يمثل عاملا هاما يلعب دورا بارزا في توجيه الممارسات الصحية من فئة أو جماعة إجتماعية إلى أخرى في إطار السلم الإجتماعي للمجتمع، ويعني ذلك أن الأفراد يتصرفون في إستجابتهم تجاه الصحة والوقاية من المرض المزمن وفقا للإمكانيات المادية، وكما هو معلوم أن تدني المستوى المعيشي و الظروف المادية الصعبة التي عرفها الفرد في المجتمع الجزائري وفي سنوات قريبة من الزمن، هي التي ساهمت في عرقلة تحسين الحالة الصحية بالنسبة لذوي الدخل الضعيف، الأمر الذي يوحي بأن الصحة الجيدة التي تقي من الأمراض المزمنة تكلف الفرد والعائلات معا أموالا طائلة، لذلك فهم يتحملون عبء الألم والحرمان والضغوطات المادية والأمراض، ويسلكون طرق غير صحية للتخلص من هذه المتاعب الصحية، وهذه الممارسات غير الصحية تبقى مرتبطة بالظروف الإقتصادية التي تعيشها العائلة أو تمر بها في فترات حرجة، وأيضا أن المستوى المادي المرتفع يساعد الأفراد ويوفر لهم الحماية المادية، كما يساعد على توجيههم أكثر نحو تغطية السلع والخدمات الصحية والوقائية، غير أن الوفرة المادية حتى وإن كانت توفر الشعور بالإمان المادي بمجرد إمتلاك المال إلا أن الصحة الجيدة والوقاية من الأمراض المزمنة لا تنحصر في مجرد حضور المال، وإنما الأمر يتوقف على مستوى إدراك الفرد في إتباع نمط حياة متوازن في جميع مناحي الصحة والوقاية، التغذية الجيدة والمسكن الملائم واللباس الكافي بالإضافة إلى الثقافة الصحية، لأجل هذا يتم طرح التساؤل حول ما هي أهم وأبرز السلع والخدمات، التي يمكن أن تمثل عوامل للحفاظ على الصحة الجيدة أو عوامل خطر عليها وعلى الإصابة بالمرض المزمن، الأمر الذي سيأتي التفصيل فيه لاحقا.

وقبل الخوض في مناقشة معطيات الجداول اللاحقة، ينبغي الإشارة إلى أنه تمت عملية حساب أحد معاملات الإرتباط لمعرفة مدى وجود دلالة بين متغيري الدخل الشهري الأسري والإهتمام بضروريات الصحة الوقائية من الأمراض المزمنة قيد الدراسة، ولقد قدرت كا^2 المحسوبة بـــ249.85، عند درجة الحرية 05 ومستوى الخطأ 0.05، أما كا^2 المجدولة فقد قدرت بـــ11.07، وهذه النتيجة تعني وجود دلالة إحصائية بين هذين المتغيرين .

جدول رقم (93) : يمثل الدخل الشهري الأسري وعلاقته بالسلع والخدمات الضرورية للصحة والوقاية من الأمراض المزمنة التي كانت تهتم بتوفيرها الأسرة قبل الإصابة بالمرض المزمن.

السلع والخدمات الصحية والوقائية / الدخل الشهري الأسري	المواد الغذائية	الملابس التي تكفي لإشباع الحاجة النفسية والذوقية	المأوى أو المسكن المناسب	التأمين الصحي والمال الإحتياطي لمواجهة المصاريف غير المتوقعة	سلع وخدمات أخرى*	المجمـــــوع
[أقل من 10.000دج [	01 %20	02 %40	01 %20	01 %20	- -	05 %100
[10.000-15.000دج [	06 %54.55	02 %18.18	02 %18.18	01 %9.09	00 %00	11 %100
[15.000-20.000دج [	17 %53.12	10 %31.25	- -	01 %03.13	04 %12.50	32 %100
[20.000-25.000دج [	10 %43.48	04 %17.39	04 %17.39	04 %17.39	01 %04.35	23 %100
[25.000-30.000دج [	13 %39.40	07 %21.21	07 %21.21	04 %12.12	02 %06.06	33 %100
[30.000دج فأكثر [	69 %33.49	47 %22.82	41 %19.90	25 %12.14	24 %11.65	206 %100
المجمـــــــــــــــوع	116 %37.42	72 %23.23	55 %17.74	36 %11.61	31 %10	**310 %100

*ملاحظة: تتمثل السلع والخدمات الأخرى الصحية والوقائية في: إشباع الحاجات التعليمية، الترويح، الرحلات السياحية .

** المجموع 310 كان نتيجة تكرار بعض إجابات المبحوثين بنعم فقط، أي ذكر سلع وخدمات صحية ووقائية متعددة .

من خلال القراءة الإحصائية لمعطيات هذا الجدول، يتضح أن إتجاهه العام يتجه نحو أفراد العينة الذين أجابوا بأن إهتمام أسرهم كان منصبا على توفير المواد الغذائية عامة -حسب إعتقادهم- كسلع وخدمات ضرورية للصحة والوقاية من الأمراض المزمنة قبل إصابتهم بها، وذلك بنسبة تقدر بـــ37.42% مقارنة بنسبة قدرت بـــ23.23%، للذين أجابوا بأن إهتمام أسرهم توجه نحو إقتناء الملابس التي تكفي لإشباع الحاجة النفسية والذوقية، ونسبة قدرت بـــ17.74% للذين أجابوا بإهتمام أسرهم بتوفير المسكن المناسب، وأيضا نسبة قدرت بـــ11.61% للذين أجابوا بإهتمام الأسرة بتوفير التأمين الصحي والمال الإحتياطي للمصاريف غير المتوقعة، وأخيرا نسبة قدرت بـــ10% رجعت لمن كانت إجابتهم حول توفير سلع وخدمات أخرى.

وإستنادا إلى معرفة تأثير الدخل الشهري الأسري في إجابات المبحوثين حول توفير أبرز السلع والخدمات الضرورية للصحة والوقاية من الأمراض المزمنة، يظهر أن هناك تدرج بارز في عدد إجابتهم ينطلق من مستوى الدخل المنخفض نحو مستويات الدخل المرتفع، كما يلاحظ أن هناك تعزيزا بارزا أيضا للإهتمام الكبير والمنصب من طرف أسر المبحوثين على توفير المواد الغذائية العامة، كسلعة أساسية وضرورية لإستمرار حياة الفرد عامة والوقاية من الأمراض المزمنة بوجه الخصوص، وهذه الملاحظة جاءت تمثل الإتجاه العام للجدول، وحيث تم تسجيل من خلال ذلك نسبة قدرت بـــ54.55% لفئة الدخل [10.000-15.000دج[، وهي فئة تندرج ضمن فئات الدخل الشهري الأسري المنخفض، مقابل عدم تسجيل أية نسبة من نفس فئة الدخل للمبحوثين الذين كانت إجابتهم تنحصر في سلع وخدمات أخرى.

وفي هذا السياق يظهر لدى فئة الدخل المنخفض [أقل من 10.000دج[نسبة قدرت بـــ20%، ترجع للمبحوثين الذين كانت إجابتهم تنحصر في توفير المواد الغذائية، التي تحافظ على الصحة والوقائية –حسب إعتقاد المبحوثين- مقابل تسجيل ولا نسبة من فئة الدخل نفسه لإجابات المبحوثين حول السلع وخدمات أخرى، وبالإنتقال إلى فئة الدخل الشهري الأسري المتوسط [15.000-20.000دج[، تظهر نسبة أعلى تقدر بـــ53.12% لدى المبحوثين الذين كانت إجابتهم تنصب ضمن إهتمام الأسرة بالتغذية التي تحافظ على الصحة والوقاية، مقابل تسجيل ولا نسبة فيما يخص المأوى أو المسكن، ويستمر تعزيز فئة الدخل المتوسط السالفة الذكر بفئـــة الدخل [20.000-25.000دج[، والتي تقدر أعلى نسبة لها بـــ43.48%، للمبحوثين الذين كانت إجابتهم تتمحور حول إهتمام الأسرة بالتغذية التي تحافظ على الصحة والوقاية، مقابل نسبة 04.35% من فئة الدخل هذه، وللمبحوثين الذين كانت إجابتهم تتمحور حول سلع وخدمات أخرى.

وأخيرا تأتي فئة الدخل الشهري الأسري المرتفع [25.000-30.000دج[، بأعلى نسبة تقدر بـــ39.40% تنحصر في توفير المواد الغذائية التي تحافظ على الصحة والوقاية، وهذا مقابل أصغر نسبة من نفس فئة الدخل تقدر بـــ6.06%، هي للمبحوثين الذين كانت إجابتهم توجهت إلى السلع والخدمات الأخرى، وما يعزز النسب المسجلة لفئة الدخل الشهري الأسري المرتفع هي الفئة[30.000دج فأكثر[، وبأعلى نسبة تقدر بـــ33.49% للمبحوثين الذين كانت إجابتهم تتعلق بتوفير أسر المبحوثين للطعام الذي يحافظ على الصحة والوقاية، مقابل تسجيل أصغر نسبة تقدر بـــ11.65% هي للمبحوثين الذين أجابوا على سلع وخدمات أخرى.

وعموما يمكن إستنتاج أنه يوجد تأثير بين الدخل الشهري الأسري وإهتمام القائمين على صرفه في إطار الممارسات الصحية التي إنحصرت في توفير السلع والخدمات اللازمة للصحة من غذاء وملبس ومسكن ومصاريف إحتياطية وما إلى ذلك من الضروريات الصحية، غير أن الإهتمام الذي برز في توفير المواد الغذائية كان أولوية الأولويات بالنسبة لجميع مستويات الدخل الشهري الأسري، أو بالأحرى لأية طبقة إجتماعية سواء كانت دنيا، متوسطة أو عليا، وهذا مع ملاحظة وجود أيضا ميل للإهتمام بهذا العنصر

الضروري للحياة نحو الدخل الشهري الأسري المنخفض، ومن أسباب ذلك ما يلاحظ في الواقع المعيش وللقدرة الشرائية المنخفضة التي يعاني منها الفرد في المجتمع الجزائري منذ سنوات، كما يعزى هذا الأمر إلى الإنخفاض الملموس في نصيب الفرد من الدخل الإجمالي للمجتمع، مما أدى إلى المعاناة من الفقر، الأمر الذي تكشفه إحصائيات صادرة في سنوات متأخرة عن الديوان الوطني للإحصاء (O.N.S)، حيث أظهرت أن مستوى الأجور الذي كان يتلقاه الفرد الجزائري على سبيل المثال سنة 1995 أقل من 10 آلاف دينار جزائري، وبنسبة عالية بلغت 84.59% من العمال الأجراء، و لم تعرف هذه الأرقام تغيرا خلال السنة نفسها على الرغم من الزيادة المقدرة بـــ10% في الأجور .[1] يضاف إلى ذلك إرتفاع أسعار المواد الأولية وبالدرجة الأولى المواد الغذائية الأساسية، التي تعتبر هاجس بات يؤرق كل الطبقات الإجتماعية، بإعتبار هذه المواد يعتمد عليها الفقير والغني في العيش اليومي، وعلى الرغم من الحراك النقابي والجهود المبذولة من طرف الفاعلين في الدولة للرفع من المستوى المعيشي بواسطة تحسين الأجور إلا أن الأسعار تزداد يوما بعد يوم، ويزداد معها الطلب بسبب زيادة عدد السكان، البطالة...الخ .

إن إرتفاع أسعار المواد الغذائية -حسب تصريح المبحوثين- أصبحت تمثل الشغل الشاغل الذي يسيطر على تفكير وأذهان القائمين على مدخول الأسرة في المجتمع الجزائري، وهذا ما صرح به أفراد العينة إذ قال بعضهم " خلونا نجرو وراء الخبزة وما لحقنهاش" ويقول البعض الآخر" المعيشة غلات بزاف بزاف" وهذا ما يؤثر على أفكارهم وممارساتهم الصحية والوقائية، أي أن مستواهم المادي لا يسمح بتلبية جميع متطلبات الصحة الجيدة والوقائية، أو يحول دون إختيارهم للمواد الغذائية الصحية والتي تقي من الإصابة بالأمراض المزمنة، حيث يكون إهتمامهم بالمطلب الصحي والوقاية من الأمراض المزمنة آخر ما يفكرون فيه.

إن التغذية أصبحت تمثل أهم مشكلة بعد المشكلة الأمنية في هذه السنوات الأخيرة في المجتمع الجزائري، لأن التغذية الجيدة والأمن يمثلان عنصرين هامين في تحصين أفراد المجتمع من إنتشار الأمراض المزمنة كالضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب .

إن تتبع تطور إنتاج الغذاء والفجوة الغذائية مع تطور عدد السكان في المجتمع الجزائري، يلاحظ أن الأرقام القياسية المسجلة في ظل نمو الإنتاج الكلي للغذاء تبقى منخفضة منذ سنوات السبعينيات، فمثلا فيما بين سنتي 1970 و1979 إرتفع الإنتاج الكلي للغذاء بنحو 30% فقط، ومن ثم إنخفض بالنسبة للفرد بنحو 23% سنة 1988 ثم إرتفع نوعا ما في سنوات بداية التسعينيات، وعلى الرغم من ذلك فإنه بالتواز مع زيادة عدد السكان الذي تضاعف هو الآخر خلال هذه السنوات، قد ظل متوسط إنتاج الغذاء بالنسبة للفرد الواحد في حالة دون أي تحسن.[2]

---

[1] معمر داود، المرجع السابق، ص 159 .

[2] محمد السيد عبد السلام، الأمن الغذائي في الوطن العربي، سلسلة كتب ثقافية شهرية يصدرها المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، عالم المعرفة، الكويت، 1998، ص 47 .

ولعل الأمر هنا مرتبط بالصدمات الإقتصادية التي حدثت في المجتمع الجزائري، رغم مختلف الإصلاحات التي مست الإقتصاد الوطني و لم تؤدي إلى الرفع من نصيب الفرد المعيشي، الأمر الذي يتضح من خلال ضغط الهيئات الإقتصادية العالمية ونداء أبناء الطبقة الإجتماعية الفقيرة، كما يتضح من خلال الفشل عند التوجه نحو إقتصاد السوق الذي دعم بدوره خصخصة بعض المؤسسات الإقتصادية، التي تهتم بتوفير الإنتاج الغذائي لأفراد المجتمع، وإعتماد الخوصصة كآلية أساسية لم يكن من السهل التحكم في القدرة الشرائية للأفراد .

كما أن التغيرات السوسيو-إقتصادية التي عرفها المجتمع الجزائري، تعتمد إلى حد كبير على الزيادة السكانية التي ترتبط بدورها أشد الإرتباط بتوفير وزيادة موارد العيش وبالأخص الغذاء، ومن الأهمية بمكان في هذا المقام طرح مشكلة عدم التوازن بين النمو الديمغرافي والنمو الإقتصادي، وبشكل محدد الغذاء والتي تحصل في المجتمع فقد يحدث أن يتزايد عدد السكان بسرعة مقارنة بزيادة الموارد الغذائية التي تتزايد بشكل بطيء حسب رأي عالم السكان "مالتوس"، وفي هذا الصدد تعتبر أفكاره التي تتضمنها نظريته المسماة بالمالتوسية[1*] مرجعية معرفية هامة جدا تساهم بمبادئها في تفسير ظاهرة الفقر وما ينجم عنها من آفات إجتماعية، وبذلك يمكن إبراز أكثر أهمية العامل الإقتصادي من حيث إشباع حاجات السكان من الغذاء بوجه الخصوص، فهذا العامل هو الذي يحدد سلوك الأسرة الإستهلاكي فيما يخص توفير مواد غذائية دون أخرى، وعادة ما تكون بالنسبة للأسرة الفقيرة عملية صعبة الإنتقاء، بسبب إنخفاض مستواها المعيشي وكثرة عدد أفرادها وإختلاف متطلباتهم من كمية ونوعية الغذاء المتوفر لديها -هذا إذا كانت صحية- والثقافة الغذائية لها دورا في هذا الشأن، وفي هذه الحالة فالفرد ضمن هذه الأسرة قد لا يتحصل على تغذية جيدة وكاملة العناصر الغذائية اللازمة للصحة الجيدة، مما يجعل الضعف الجسدي وعدم القدرة على مقاومة ومواجهة الأمراض المزمنة، وحتى بعض الممارسات غير الصحية الضارة أمرا واردا لا محال، وهذه جميعها تصريحات قد أدلى بها المبحوثين، وإلى هنا يمكن الإفصاح عن مؤشر الجهل بمسألة المواد الغذائية النافعة للصحة والوقاية من الأمراض المزمنة، الأمر الذي ظهر في تجاهل نوعية وكمية الطعام الذي يقي من هذه الأمراض المزمنة، وهذا إن دل على شيء فإنما يدل بأن هناك نقص حقيقي في الوعي الغذائي**[1]، أو بالأحرى في نقص بارز في الصرف الرشيد تجاه متطلبات الصحة الوقائية لدى أفراد العينة .

---

* النظرية المالتوسية: تنسب هذه النظرية إلى المفكر الديموغرافي الإنجليزي" روبارت توماس مالتوس" الذي يعد المؤسس الحقيقي للدراسة الحديثة في السكان كونه إستخدم الطرق الإحصائية في دراسته لحركة النمو السكاني وعلاقتها بإفتقارهم ورفاهيتهم، حيث إستطاع أن يربط بين النمو الديموغرفي وموارد العيش وبالتحديد منها الغذاء، إذ يعتقد أن السكان يتزايدون وفق متتالية هندسية وخلال 25 سنة، أما موارد العيش فإنها تزداد وفق متتالية حسابية، الأمر الذي يؤدي إلى عدم التوازن بين النمو السكاني والنمو الإقتصادي في المجتمع، كما بني نظريته على أساس حقيقتين هامتين وهما أن الإنجاب أو التوالد ضروري لإستمرار حياة الإنسان، والغذاء ضروري أيضا لوجود الإنسان، وكحلول لهذه المشكلة إقترح موانع للحد من زيادة النمو الديموغرافي أسماها موانع سلبية كما هو الحال بالنسبة إلى الحروب، المجاعات، الأمراض والأوبئة الخطيرة، وموانع أخرى أسماها بالموانع الإيجابية والتي تكون لإرادة الإنسان دخل في فعلها، تتمثل في تأخير سن الزواج أو الإمتناع عنه، التعفف والإبتعاد عن مواطن الرذيلة.معمر داود، المرجع السابق، ص 159 .

** إنظر إنعكاسات تدني مستوى الثقافة الغذائية على ظهور الإصابة بالمرض المزمن، المطلب الرابع، الفصل السادس ، الباب الثاني للدراسة الميدانية .

جدول رقم (94) : يمثل الدخل الشهري الأسري للمبحوثين وعلاقته بالحاجيات التي لم تستطع أسرهم توفيرها قبل إصابتهم بالمرض المزمن .

الحاجة التي لم تستطع الأسرة توفيرها / الدخل الشهري الأسري	متطلبات العيش	دفع فواتير الماء والكهرباء	شراء مسكن	شراء سيارة	الإدخار	حاجيات أخرى*	المجمـــــوع
[أقل من 10.000دج [	41 %11.65	41 %11.65	95 %26.99	80 %22.73	86 %24.43	09 %02.55	352 %100
[10.000-15.000دج [	27 %12.39	25 %11.47	54 %24.77	51 %23.39	57 %26.15	04 %01.83	218 %100
[15.000-20.000دج [	06 %05.61	06 %05.61	29 %27.10	28 %26.17	36 %33.64	02 %01.87	107 %100
[20.000-25.000دج [	03 %08.11	02 %05.40	10 %27.03	07 %18.92	13 %35.14	02 %05.40	37 %100
[25.000-30.000دج [	01 %04.16	01 %04.16	07 %29.17	04 %16.67	10 %41.67	01 %04.17	24 %100
[30.000دج فأكثر [	01 %06.25	01 %06.25	07 %43.75	03 %18.75	04 %25	- -	16 %100
المجمـــــــــــــوع	79 %10.48	76 %10.08	202 %26.79	173 %22.94	206 %27.32	18 %2.39	**754 %100

*ملاحظة: تتمثل حاجيات أخرى في : أثاث المترل، تغطية حاجيات المواسم والأعياد، مصاريف الأبناء المتمدرسين.

**ملاحظة: لقد صرح المبحوثين بالعديد من الحاجيات التي لم تستطع أسرهم توفيرها، لذلك بلغت إجاباتهم بالنفي(لا) العدد 754 .

إستكمالا لنتائج الجدولين السابقين رقم (92) ورقم(93) فإن معطيات الجدول رقم (94) توضح العلاقة الموجودة بين المستوى المعيشي للطبقة الإجتماعية المحدد في الدخل الشهري الأسري وأهم الحاجيات الضرورية للصحة الجيدة والوقائية والتي لم تستطع الأسر توفيرها قبل الإصابة بالمرض المزمن، حيث تكشف نتائج هذا الجدول أن هناك فئة معتبرة من أفراد العينة توجهت إجابتهم إلى القول بعدم قدرة أسرهم على تحقيق الإدخار، كدعم مادي تلجأ إليه الأسرة في وقت الحاجة، وهذا بنسبة تقدر بـــ27.32%، تقابلها نسبة تقدر بـــ26.79% لأفراد العينة الذين توجهت إجابتهم إلى القول بعدم القدرة على شراء مسكن، مقابل نسبة معتبرة أيضا تقدر بـــ22.94% من أفراد العينة الذين توجهت إجابتهم إلى عدم شراء سيارة، ثم جاءت نسبتان متقاربتان جدا تقدر الأولى بـــ10.48%، تعود للذين قالوا بعدم القدرة على توفير متطلبات العيش، وتقدر الثانية بـــ10.08%، وتعود للذين قالوا بعدم القدرة على دفع فواتير الماء والكهرباء، وفي الأخير جاءت نسبة ضعيفة تقدر بـــ2.39% للذين قالوا بعدم القدرة على توفير حاجيات أخرى.

ولأجل إبراز مدى تأثير الإمكانيات المادية للطبقة الإجتماعية في علاقتها بالحاجيات التي لم تستطع الأسرة توفيرها قبل إصابة المبحوثين بالمرض المزمن، تم إدخال متغير الدخل الشهري الأسري كمؤشر قوي يبرز في الوهلة الأولى -حسب الأرقام المسجلة في الجدول- أنه كلما إنخفض الدخل الشهري الأسري كلما لم يكن في وسع الأسرة توفير كل حاجياتها والعكس صحيح، أي كلما إرتفع الدخل الشهري الأسري تمكنت الأسرة نوعا ما من تغطية معظم حاجياتها وهذا يعني وجود علاقة قوية بين المتغيرات .

وتظهر هذه العلاقة أكثر من خلال التفاوت الملموس الموجود بين إجابات أفراد العينة حول حاجياتهم إلى الإدخار، وهؤلاء يتوزعون بشكل متفاوت بين فئات الدخل المنخفض والمرتفع والمتوسط، وعلى هذا الأساس تم تسجيل أعلى نسبة تقدر بـــ41.67%، هي لذوي فئة الدخل الشهري الأسري المرتفع [25.000-30.000دج[، تدعم الإتجاه العام المتوجه نحو الحاجة إلى الإدخار، مقابل أدنى نسبة قدرت بـــ4.16% من نفس فئة الدخل، هي للمبحوثين الذين كانت إجابتهم تتمحور حول متطلبات العيش ودفع فاتورات الماء والكهرباء، وفي نفس المنوال وعند المبحوثين من ذوي فئة الدخل الشهري الأسري المرتفع جدا [30.000دج فأكثر[، تم تسجيل نسبة قدرت بـــ25%، تعزز أيضا موقف المبحوثين الذين كانت إجاباتهم تنحصر في الإدخار، مقابل تسجيل ولا نسبة من نفس فئة الدخل للمبحوثين القائلين بعدم القدرة على توفير حاجيات أخرى .

وتظهر نسبة عالية أخرى تقدر بـــ35.14% لذوي فئة الدخل الشهري الأسري المتوسط [20.000-25.000دج[، جاءت هذه النسبة تعزز الموقف الذي إنحصر في عدم القدرة على توفير الإدخار، مقابل أدنى نسبة قدرت بـــ05.40%، هي من نفس فئة الدخل للمبحوثين القائلين بعدم القدرة على دفع فاتورات الماء والكهرباء وحاجات أخرى، وفي نفس السياق أي لدى المبحوثين من ذوي فئة الدخل الشهري الأسري المتوسط [15.000-20.000دج[، تم تسجيل نسبة قدرت بـــ33.64%، جاءت تدعم

الموقف القائل بعدم القدرة على تحقيق الإدخار، مقابل أدنى نسبة قدرت بـــ01.87%، سجلت للمبحوثين الذين كان موقفهم يتركز حول عدم القدرة على قضاء حاجيات أخرى .

وفي الأخير تم تسجيل لدى المبحوثين ذوي فئة الدخل الشهري المنخفض [10.000-15.000دج[، أعلى نسبة قدرت بـــ26.15% تعبر عن موقفهم الذي تمحور حول الإدخار، مقابل أدنى نسبة قدرت بـــ1.83% سجلت لفئة الدخل نفسها للمبحوثين الذين إنحصر موقفهم في حاجيات أخرى، في حين دعمت نسبة قدرت بـــ24.43% موقف المبحوثين من ذوي فئة الدخل الشهري الأسري [أقل من 10.000دج[، والذي تركز حول عدم القدرة على تحقيق الإدخار، مقابل أدنى نسبة قدرت بـــ02.55%، هي من نفس فئة الدخل للمبحوثين الذين تركزت إجابتهم حول عدم القدرة على توفير حاجيات أخرى .

إستنادا إلى قراءة معطيات الجدول إحصائيا، يمكن إستنتاج أنه توجد فعلا علاقة بين الدخل الشهري الأسري وعدم إمكانية الأسرة لتوفير الحاجيات الصحية الضرورية لها، غير أن أكثر وأهم الحاجات التي لم يستطيعوا توفيرها من طرف أغلب عائلات المرضى قبل إصابتهم بالمرض المزمن، جاءت تتعلق بعدم إمكانية تحقيق الإدخار، وهذه الحاجة تمثل في الحقيقة مطلبا أساسيا من مطالب الصحة الجيدة والوقائية، فهي أيضا تمثل دعما ماديا إجتماعيا ونفسيا في نفس الوقت، ويمكن للفشل في تحقيقه ضمن متطلبات الأسرة أن يؤدي إلى نقص الإطمئنان والراحة النفسية تجاه المصاريف المفاجئة، ولعل الإهتمام بمسألة الإدخار لدى كل مستويات التدرج الإجتماعي ما هو إلا دليل قاطع على الأهمية الكبرى، التي تعبر عن الخوف من الحرمان المادي الذي يعتمد عليه كعامل هام من عوامل الحفاظ على المستوى المعيشي اللائق للأسرة والمجتمع، وهذا إلى جانب المسكن الذي يمثل عمود الحياة الأسرية وإحتواء معظم مشكلاتها، إذا فحدوث أي نقص في توفير هذين المطلبين، فإنه من المؤكد -حسب تصريح المبحوثين- أن مصير صحة الأفراد يتعرض للخلل والإضطراب، ويؤول في النهاية إلى خلق المشكلات التي ترفع إحتمال الإصابة بالأمراض المزمنة محل الدراسة، الأمر الذي يتم التفصيل فيه لاحقا.

وعموما فإن التدرج الإجتماعي يعتبر من أهم العوامل التي تؤثر في الصحة والمرض المزمن، إذ أن الأفراد الذين ينتمون إلى الطبقة الإجتماعية الدنيا، لا يتمكنون غالبا من الوصول إلى تحقيق أدنى ضروريات الصحة الجيدة وإتخاذ الإحتياطات الوقائية اللازمة من الأمراض المزمنة خاصة، أي هم أقل إقبالا على الممارسات الوقائية من الأمراض المزمنة، الأمر الذي يجعل حالتهم الصحية عادة مضطربة، وهذا مقارنة بالأفراد الذين ينتمون إلى الطبقة الإجتماعية ذات المستوى المعيشي العالي، فهم أكثر حرصا على حالتهم الصحية وبخاصة من ناحية الإسراع في العلاج، وهذا راجع بالتأكيد إلى الإعتبارات الإقتصادية، غير أن الوفرة والصرف والتبذير فيما قد يضر بالصحة ويساهم في الإصابة بأمراض مزمنة كضغط الدم، السكري وأمراض القلب، تبقى مميزات لصيقة بأفراد هذه الشريحة الإجتماعية .

إن الرعاية الصحية مرتبطة أيضا بالتدرج الإجتماعي، إذ غالبا ما تتمكن الجماعات الإجتماعية الفقيرة من الحصول على خدمة طبية كالقيام بالفحوص الطبية الدورية، والمتابعة الصحية والتحليل

وإستشارة الأخصائيين، وهذا يوصف بمحدودية الرعاية الطبية التي تتلقاه هذه الفئة الإجتماعية، والسبب في ذلك يرجع إلى إرتفاع تكاليف الخدمات الصحية، أي أنهم لا يلجؤون إلى هذه النوعية من الخدمات ولا يذهبون إلى الطبيب ولا يؤمنون صحتهم إجتماعيا إلا بعد أن تسوء وتتدهور حالتهم الصحية، فهم عكس الذين يمتلكون لمستوى مادي معتبر، الأمر الذي يجعل الفقراء يتعرضون للعديد من المشكلات الصحية ومن أهمها الأمراض المزمنة كضغط الدم، السكري وأمراض القلب، والتي تتطلب الوقاية أكثر من غيرها قبل الإصابة بها، نظرا لأنها قد تصاحب الشخص حتى الموت، هذا من جهة ومن جهة أخرى يمكن أن يساهم في تسببها سوء التغذية وسوء المسكن وقلـــــة الدخل ...الخ، ولقد كشفت بعض الدراسات أن المحددات المرتبطة بالتمايز الإجتماعي ومن أهمها الفقر إتاحة الفرص والأجور وعدم المساواة وقمع الطموحات المشروعة، وما إلى ذلك مما يؤدي إلى جعل الأفراد عرضة للضغوطات الإجتماعية والنفسية.[1] هذه الأخيرة التي لها علاقة بالإصابة بهذه النوعية من الأمراض المزمنة، ومن آثار الفقر على سبيل المثال فقدان المكانة الإجتماعية والتعرض للإحباطات والإكتئاب والمشكلات الصحية المستعصية، وبتدقيق النظر في ظاهرة الفقر في المجتمع الجزائري وآثارها السلبية، يمكن القول أنها ذات صلة وثيقة بالأوضاع الإقتصادية التي شهدها المجتمع منذ سنوات، وبخاصة منذ سنة 1986 أين إرتفع الفشل الإقتصادي وبرز تقلص ملموس في الموارد المالية، وأيضا عجز الدولة عن الإنفاق العام للمجتمع، ولعل السبب في ذلك يعود إلى نمط الحياة الإستهلاكي غير الرشيد الذي ظهر في السنوات الثمانينيات والتسعينيات من خلال تبني "برنامج مكافحة الندرة" الذي يعتمد إلى حد بعيد على الإستيراد المكثف للسلع والخدمات الضرورية للمعيشة، وكان هذا وفقا للشعار السياسي القائل " من أجل حياة أفضل"، الأمر الذي زرع الخوف الشديد وأدى إلى النمو في ذهنية الفرد الجزائري فكرة "الندرة للسلع والخدمات"، وحتى الخوف من المستقبل عموما وجعل الإدخار مطلبا أساسيا في حياته، ومع تراجع الدولة عن سياستها الإستهلاكية، إنعكس هذا الوضع على نسق الصحة عامة في المجتمع الجزائري، حيث ألغي العلاج المجاني وألغيت منح العلاج المجاني في الخارج للفقراء، وتوقفت العديد من العمليات المجانية التي كان يستفيد منها شريحة من الفقراء، مثل الأجهزة الطبية والأدوية، وحتى السكن الإجتماعي توقف توزيعه في كثير من السنوات، وكنتيجة لهذه الأوضاع المتردية ظهرت أزمة البطالة بشكل سافر، حيث مست شريحة إجتماعية جديدة كخريجي الجامعات من أطباء ومهندسين كما تفاقمت أزمة السكن، الأمر الذي أدى إلى إنفجار أحداث 5 أكتوبر 1988.[2] والتي تمثل أحسن صورة عن تدهور الأوضاع المعيشية في المجتمع الجزائري خلال هذه الفترات من الزمن، وكل ما تبعها من أزمات إقتصادية وإجتماعية وأمنية ساهمت في إستمرار هذه الآثار على حساب صحة العائلات والأفراد على حد سواء حتى اليوم.

---

[1] عايد الوريكات، المرجع السابق، ص-ص 264-265 .

[2] بلقاسم سلاطنية، سامية حمدي، المرجع السابق، ص-ص 135-136 .

وفي هذا الصدد فإن الملاحظة اليومية تكشف أن شريحة الفقراء في المجتمع الجزائري في معظمها لا تعرف مبدأ الإدخار الرشيد-حسب تصريح المبحوثين-، فهم يميلون إلى صرف أي نقود يحصلون عليها مباشرة من عملهم اليومي أو الشهري، وهم يؤمنون بالمثل القائل "أصرف ما في الجيب يأتيك ما في الغيب"، فالظروف المعيشية التي يعيشونها وعدم إمتلاكهم لسيارة أو ثلاجة مثلا...إلخ، هي حالات تدفعهم إلى شراء بضائعهم وسلعهم وخدماتهم بالقطعة، وبخاصة ما يتعلق بالمواد الغذائية، وفي الغالب ما تكون هذه البضائع والسلع والخدمات أعلى من الجملة، يضاف إلى ذلك السكن بالإيجار، والإقتراض بفوائد مرتفعة لعدم وجود الضمانات، وطريقة العيش هذه تدفع الفقراء عادة نتيجة الضغوط المعيشية إلى الإستهلاك غير المنتظم والممارسات والسلوكيات غير الصحية وللاوقائية كالشره في تناول الطعام ...إلخ .

ويكشف هذا الواقع بشكل واضح أن معدل الفقراء في المجتمع الجزائري قد عرف تطورات كبيرة منذ سنة 1990 وخلال سنوات ما بعد 2000، التي عرفت الإنفتاح واللبيرالية الإقتصادية مما أدى ذلك إلى الرفع من نسبة الفقراء إلى أكثر من 14 مليون جزائري، كما تم إحصاء 4.5 مليون آخرين ليس لهم أي دخل، بالإضافة إلى تدهور القدرة الشرائية ونقص التغطية الصحية، حيث حذف حوالي 100 دواء للمنتوجات المحلية من التعويض، وفي هذا الصدد حسب تقرير التنمية البشرية لسنة 2003، فإنه تم تقدير معدل السكان الذين يعيشون بأقل من دولار للفرد يوميا يقدرون بـــ02%، ومعدل السكان الذين يعيشون بأقل من دولارين يوميا يقدرون بـــ15.1%، وحسب تقرير التنمية البشرية لسنة 2005 فقد بلغ مقياس الفقر بين السكان 22.6%، ومؤشر الحرمان من مستوى معيشي لائق 8.5%، وهذا خلال سنة 2001، أما إجمالي الدخل الوطني فقد بلغ 53.8 مليار دولار، ونصيب الفرد منه 1.720دولار، في حين بلغ الناتج المحلي 04.1%. [1] ومن الجدير بالذكر أيضا أن آثار الفقر الإجتماعية والإقتصادية والأمنية لم تكن محدودة المدى، وإنما كانت بعيدة المدى مست كيان المجتمع الجزائري برمته، والبناء الطبقي منه بوجه الخصوص، فزيادة الفقراء صارت تطال فئات إجتماعية كانت تعتبر في الماضي القريب أساس التكافل الإجتماعي، وتتمثل في فئات وشرائح الطبقة الوسطى، التي هوت إلى الطبقة الفقيرة وتم إخراجها من مجال الرعاية الإجتماعية ومجال الإستثمار الإسكاني، مما أدى إلى تراجع معدلات الإنفاق لديها من خدمات التوظيف والتعليم والإسكان، وفي سياق آثار الأزمة الإقتصادية على المساس بالبناء الطبقي الإجتماعي، وبشكل مختصر يمكن الإشارة إلى أن هذه المعاناة من الفقر لم تطال فئات وشرائح الطبقة الإجتماعية المعروف عنها بالمدخول المرتفع، ومنها التي تملك الحصانة، بل حدث العكس تماما فلقد وجدت هذه الفئة الإجتماعة ضالتها في ظل الأوضاع السوسيو-إقتصادية التي توصف بالفوضى والنهب والسلب والإستغلال، فقد إستولت على العقارات المعروضة للبيع وأغلب الخدمات الحساسة والهامة في نفس الوقت لمعيشة السكان الفقراء .

إن الفجوة التي أفرزت طبقتين إجتماعتين في المجتمع الجزائري في السنوات الأخيرة، تعود جذورها إلى ما بعد سنة 1978 وبعد وفاة الرئيس الراحل هواري بومدين، حيث تكونت فئة الفقراء والذين

[1] نفس المرجع، ص.ص 144.145.

يعكسون حقيقة مفادها أن أفراد المجتمع الجزائري بعد الإستقلال 1962 إنطلقوا جميعهم حفاة عراة، لكن الغريب في الأمر هو من أين لهؤلاء المتحصلين على أموال طائلة والذين وصلوا إلى قمة السلم الإجتماعي، ففي المقابل تم زحزحة أبناء الطبقة الوسطى –كما سبقت الإشارة إليه- إلى الطبقة الفقيرة، وهذا ما أدى إلى إفراز طبقتين في المجتمع الجزائري هما الطبقة العليا والطبقة الدنيا .

وفي هذا الصدد لا يمكن إغفال المفهوم الإبتسمولوجي للحاجات في سياق الإنتقال الطبقي في المجتمع، لذلك فمفهوم الحاجات حسب الباحث "جان بودريار" قد إرتبط بمفهوم الرفاه، حيث يرى أن الحاجات تعبر عن غايات بالنسبة للأفراد على الرغم من أن جميع الأفراد متساوون أمام الحاجة وأمام مبدأ الإشباع. [1] وهذا يعني كلما زادت رفاهية الأفراد زادت معهم حاجات جديدة وغايات إستهلاكية جديدة، لذلك يحدث ما يسمى بالتضخم في التكاليف الإجتماعية المولدة بالطبع الشعور بالقلق والضغط النفسي والإجتماعي، يعني ضغط الحراك والموقع الإجتماعي الذي يسوده التنافس على كل المستويات كالدخل، المكانة الثقافية...إلخ، وهنا يقول "جان بودريار"أيضا أن هناك شريحة إجتماعية لا يستهان بها من السكان لا تتمكن من متابعة الوتيرة، هؤلاء يصبحون من المهملين المتروكين، أما أولئك الذين يبقون في السياق فإنهم يتوصلون إلى نمط المعيشة المقترح كنموذج ويدفعون ثمن ذلك جهدا، يجعلهم خائري القوى أي معرضين للمرض أكثر من غيرهم، وهذا يحدث خاصة في نوع المجتمعات الإستهلاكية. [2] والواقع يكشف خضوع شريحة كبيرة من أفراد المجتمع لنماذج إستهلاكية مختلفة يعكس الإنتقال في البناء الطبقي الجديد والإنتقال في نفس الوقت إلى المرحلة الوبائية الجديدة .

المطلب الثالث: أهم مشكلات الدخل الشهري الأسري المرتبطة بالضغوط الإجتماعية والنفسية .

تعاني الكثير من الأسر من مشكلات الدخل التي تؤدي في الغالب إلى زعزعت بناءها وإضطراب العلاقات البينية بين أعضائها وعدم قيامهم بوظائفهم على أكمل وجه، ومن أبرز هذه المشكلات المادية وأكثرها تأثيرا وخلقا لضغوطات الحياة اليومية الحادة، التي تتجاوز صحة الأفراد من حيث تحملها، تلك المرتبطة بصراع الأدوار – وبخاصة في حالة إزدواجية الدور – وكذا المسؤوليات المترلية التي باتت أيضا موضوع صراع بين أعضاء الأسرة (الزوجين)، وهي تمثل مظهر هاما من مظاهر التغير الإجتماعي والتحديث، كما هو الحال بالنسبة لخروج المرأة إلى ميدان العمل، يضاف إلى ذلك التوترات التي قد تحدث حول تسيير ميزانية الأسرة سواء كان الدخل ضعيفا أو مرتفعا، وهذا بإعتبار وجود حراك إجتماعي كبير في نمط الإستهلاك الجديد ومتغيرات الحياة الجديدة، كالتنافس والسعي للعيش في حياة أفضل وكثرة المغريات...إلخ، ومن المسلم به أن جميع الأشخاص والأسر معرضون إلى مواقف مادية لا محال، قد تكون حرجة وعنيفة في نفس الوقت، حيث ترفع من حدة التوتر والضغوطات الإجتماعية والنفسية التي تعتبر مسألة حتمية أيضا يواجهها الأشخاص، ولكن إنعكاس هذه الأوضاع يمكن أن يساهم كما هو معروف

[1] جان بودريار، المجتمع الإستهلاكي، المرجع السابق، ص 48

[2] نفس المرجع، ص 33.

في زيادة إحتمال الإصابة بالأمراض السيكوسوماتية كالضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب، وعليه فهناك تفاعل بين هذه الأمراض السيكوسوماتية وبين الضغوط التي يتعرض لها أفراد الأسرة، ونفسية الإنسان تلعب دورا فعالا في صحته، جسمه ووظائفه، فهذه الأمراض لها علاقة بالأزمات الإقتصادية والإجتماعية وكل ما من شأنه أن يؤدي إلى التوترات والصراعات والإنفعالات التي تؤثر في جسم الإنسان ونفسه، ولأجل الكشف عن عمق تأثير هذه المشكلات المرتبطة بالمستوى المعيشي الأسري، يمكن إبراز العلاقة بين الدخل الشهري الأسري وأهم هذه المشكلات التي تعرض لها أفراد العينة، وحدود تأثير ذلك على الإصابة بالمرض المزمن من خلال معطيات جداول هذا المطلب .

جدول رقم (95) : يبين علاقة الدخل الشهري الأسري للمبحوثين بمن كان يساهم فيه أكثر من أعضاء أسرهم قبل إصابتهم بالمرض المزمن.

العضو المساهم أكثر في الدخل / الدخل الشهري الأسري	الزوج	الزوجة	الزوجين معا	أعضاء آخرين *	المجمـــــوع
[أقل من 10.000دج [	74 %65.49	31 %27.43	02 %01.77	06 %05.31	113 %100
[10.000-15.000دج [	69 %79.31	14 %16.09	02 %02.30	02 %02.30	87 %100
[15.000-20.000دج [	54 %78.26	08 %11.59	04 %05.80	03 %04.35	69 %100
[20.000-25.000دج [	15 %48.39	07 %22.58	07 %22.58	02 %06.45	31 %%%100
[25.000-30.000دج [	22 %81.49	04 %14.81	01 %03.70	- -	27 %100
[30.000دج فأكثر [	71 %62.83	24 %21.24	18 %15.93	- -	113 %100
المجمـــــــــوع	305 %69.32	88 %20.00	34 %07.73	13 %02.95	440 %100

* ملاحظة: يتمثل أعضاء الأسرة الآخرين المساهمين في الدخل في: الإخوة والأخوات، الجد والجدة .

إن الهدف من وراء معرفة أعضاء الأسرة الأكثر مساهمة في الدخل الشهري، هو محاولة الكشف عن بعض المشكلات التي تثار حول من يساهم بصفة أكبر في دخول الأسر قبل الإصابة بالمرض المزمن هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى يمكن إكتشاف بعض المؤشرات الكامنة وراء مظاهر التغير الإجتماعي، وتأثيراتها

على نسق الصحة والأمراض المزمنة، ومن أهم ذلك معرفة مدى تأثير إزدواجية الدور ومسؤوليات المرأة في ظل الإنفتاح الإقتصادي الحالي وخروجها إلى ميدان أو سوق العمالة، ومشاركتها في تدبير مستلزمات الأسرة المادية، وبالأخص مشاركتها الزوج مسؤولياته المادية، هذا بالإضافة إلى معرفة مدى تراجع عامل الدعم الإجتماعي والأسري على حد سواء من الناحية المادية، والذي يلعب دورا بارزا في التخفيف من الضغوط والوقاية من الأمراض المزمنة قيد الدراسة .

ومن خلال معطيات هذا الجدول يتضح أنه يتجه وبنسبة عالية تقدر بـــ69.32%، من مجموع المبحوثين نحو مساهمة الزوج أكثر في الدخل الشهري الأسري، وهذا مقارنة بنسبة تقدر بـــ20% لمساهمة الزوجة، نسبة 07.73% لمساهمة الزوجين معا، نسبة 02.95% لمساهمة أعضاء آخرين من الأسرة.

وما يعزز هذا الإتجاه العام للجدول هو إجابات المرضى التي جاءت تتركز حول مساهمة الزوج أكثر لدى جميع فئات الدخل الشهري الأسري، وبأعلى النسب مقارنة بالحالات الأخرى، حيث قدرت أعلى نسبة بـــ81.49% هي للمبحوثين من ذوي فئة الدخل الشهري الأسري المرتفع [25.000-30.000دج[، والذين جاءت إجابتهم تتركز حول مساهمة الزوج أكثر في هذا الدخل، مقابل تسجيل ولا نسبة من نفس فئة الدخل للمبحوثين الذين جاءت إجابتهم تتركز حول مساهمة أعضاء آخرين، وفي هذا الصدد قدرت نسبة بـــ62.83% للمبحوثين من صنف الدخل الشهري الأسري المرتفع [30.000دج فأكثر[، والذين جاءت إجابتهم تدعم الموقف القائل بمساهمة الزوج أكثر في ميزانية الأسرة، مقابل تسجيل ولا نسبة من صنف الدخل نفسه للمبحوثين القائلين بمساهمة أعضاء آخرين، ونفس الملاحظة بالنسبة لموقف المبحوثين من ذوي فئة الدخل الشهري المنخفض [10.000-15.000دج[، حيث تم تسجيل نسبة عالية لهم تقدر بـــ79.31%، تعزز مساهمة الزوج أكثر في مدخول الأسرة، مقابل أدنى نسبة قدرت بـــ02.30% من فئة الدخل نفسها للمبحوثين الذين تمحور موقفهم حول مساهمة أعضاء آخرين والزوجين معا، وتدعم هذه النسبة العالية بنسبة أخرى تقدر بـــ65.49% للمبحوثين من فئة الدخل الشهري الأسري المنخفـــض [أقل من 10.000دج[، والذين كان موقفهم مساهمة الزوج أكثر من غيره من أعضاء الأسرة، مقابل أدنى نسبة قدرت بـــ01.77% من نفس فئة الدخل هي للمبحوثين الذين كان موقفهم مساهمة الزوجين معا .

في حين تظهر في الأخير نسبة تقدر بـــ78.26% هي للمبحوثين من صنف الدخل الشهري الأسري المتوسط [15.000-20.000دج[، وللذين كان موقفهم ينصب في مساهمة الزوج أكثر مقابل أصغر نسبة قدرت بـــ02.30% من صنف الدخل نفسه للمبحوثين الذين كان موقفهم ينصب في مساهمة أعضاء آخرين والزوجين معا، وتعزز هذه النسبة المعتبرة المسجلة للموقف القائل بمساهمة الزوج أكثر من غيره بنسبة أخرى تقدر بـــ48.39%، هي للمبحوثين من صنف الدخل الشهري الأســـري المتوســـط [20.000-25.000دج[، مقابل أصغر نسبة قدرت بـــ06.45% من صنف الدخل نفسه للمبحوثين القائلين بمساهمة أعضاء آخرين في الدخل.

وما يمكن إستنتاجه من خلال هذه النتائج الإحصائية هو إكتشاف حقيقتين هامتين: الأولى مفادها أن الزوج كعضو فاعل داخل الأسرة غالبا ما يتحمل أعباء المساهمة في الدخل الشهري الأسري أكثر من غيره، نظرا لكونه يتعرض لأعباء العائلتين الصغيرة والكبيرة معا في معظم الحالات، مما يفرض عليه بذل مجهود مضاعف لأجل التكيف المادي مع متطلبات الأسرة الضرورية، ويمكن القول أن هناك عوامل عديدة تتحكم في تحميل الزوج هذا الدور الإجتماعي أو هذه المسؤولية الإجتماعية تجاه تأمين الجانب المادي للأسرة، ومن هذه العوامل ما هو عقائدي ومنها ما هو سوسيو-ثقافي وإقتصادي، ولعل عامل السيرورة التاريخية لتكوين بنية الأسرة الجزائرية قد لعب دورا فعال في هذه المسالة، حيث ساد وطغى الخط الأبوي في العائلة الجزائرية لمدة طويلة وحتى في زمن قريب، الأمر الذي أكدته عدة دراسات سوسيولوجية كالدراسة التي قام بها " مصطفى بوتفنوشات" حول العائلة الجزائرية، وهذا بلا شك يعكس قضية أساسية وهامة في هذا الصدد، لها إرتباط بقضية مقدار وحجم المسؤولية الإجتماعية الملقاة على عاتق الأزواج، ويعني ذلك بقدر ما يزيد حجم المسؤولية المادية بقدر ما يزيد تعرض الزوج لضغوط الحياة اليومية، مما يضطره هذا الأمر إلى البحث عن عمل آخر يلبي به حاجيات الأسرة المادية، وعادة ما يكون نوع العمل الإضافي مجهد كثيرا -وحسب تصريح الباحثين- يحرم الفرد حتى من أوقات الراحة، الأمر الذي يجهد صحته ويجعله عرضة للضغوط أكثر، إضافة إلى هذا فإن نقص أو فقدان الدعم الأسري من طرف أعضاء الأسرة الآخرين قد يولد في نفسية الزوج الشعور بوحدة تحمل المسؤولية العائلية.

أما الحقيقة الثانية فإنها تستنتج من النسبة المعتبرة التي ظهرت لمساهمة الزوجة في الدخل الشهري الأسري وهذا أمرا لا يستهنان به، حيث بقدر مساعدة الزوجة لتأمين الجانب المادي للأسرة، وبخاصة في حالة عملها خارج المترل من الوجهة الإيجابية، فإنها أيضا من الوجهة السلبية تصبح المرأة التي تمتلك قدرا كاف من السلطة في الناحية الإقتصادية عادة ما يخول لها التفاوض والتدخل أكثر في المصروفات المترلية، الأمر الذي يفتح بدوره مجالا آخر لسوء التفاهم مع أعضاء الأسرة وبالأخص الزوج، أيضا مما يؤدي إلى تعاظم المشكلات المادية للأسرة، ومنها ما يتعلق بتسيير ميزانية الأسرة التي سيتم الحديث عنها من خلال نتائج الجدول اللاحق.

ومن جهة أخرى فإن الدعم الإجتماعي بين أعضاء الأسرة يلعب دورا بارزا قبل وبعد حدوث المشكلات المادية وضغوطاتها الإجتماعية والنفسية، وفي هذا الموقع قد يكون الدعم المادي بالنسبة للزوج مانعا محققا لتعرضه للضغوط الحياتية، وبالتالي نجنب الإصابة بالمرض المزمن.

جدول رقم (96) : يبين الدخل الشهري الأسري للمبحوثين وعلاقته بمن كان يتولى تسيير ميزانية الأسرة قبل إصابتهم بالمرض المزمن.

من كان يتولى تسيير ميزانية الأسرة / الدخل الشهري الأسري	الزوج	الزوجة	الجد	الجدة	الأخ الأكبر	عضو آخر *	المجمـــوع
[أقل من 10.000دج [	86 %76.11	09 %07.96	02 %01.77	02 %01.77	05 %04.42	09 %07.96	113 %100
[15.000-10.000دج [	70 %80.46	02 %02.30	02 %02.30	01 %01.15	06 %06.90	06 %06.89	87 %100
[20.000-15.000دج [	57 %82.61	06 %08.69	03 %04.35	- -	- -	03 %04.35	69 %100
[25.000-20.000دج [	25 %80.64	02 %06.45	- -	- -	01 %03.23	03 %09.68	31 %100
[30.000-25.000دج [	22 %81.48	01 %03.70	02 %07.41	- -	02 %07.41	- -	27 %100
[30.000دج فأكثر [	97 %85.84	06 %05.31	- -	02 %01.77	02 %01.77	06 %05.31	113 %100
المجمـــــــــــوع	357 %81.14	26 %05.91	09 %02.04	05 %01.14	16 %03.64	27 %06.13	440 %100

* ملاحظة: يتمثل عضو آخر في الإخوة والأخوات، زوجة الأب .

إن نتائج هذا الجدول جاءت تؤكد ما تم التوصل إليه من خلال معطيات الجدول السابق حول عبء المساهمة المادية الملقى على عاتق الزوج أكثر من غيره من أعضاء الأسرة، حيث ظهر نفس الإتجاه العام أي بإتجاه أفراد العينة القائلين بأن الزوج هو من كان يتولى تسيير ميزانية الأسرة وإنفاقها العام قبل الإصابة بالمرض المزمن، وذلك بأعلى نسبة قدرت بـــ81.14% مقارنة بالنسب الضعيفة والمسجلة حول مواقف أعضاء الأسرة الآخرين، فيما يخص مسألة تسيير الميزانية المالية، والتي توزعت كما يلي: نسبة 06.13% لعضو آخر، نسبة 05.91% للزوجة، نسبة 03.64% للأخ الأكبر نسبة 02.04% للجد نسبة 01.14% للجدة.

ونفس الملاحظة تسجل عند إدخال متغير الدخل الشهري الأسري، حيث تبقى النسب البارزة للزوج كمسير لمزانية الأسرة وبين جميع فئات الدخل، وبخاصة نسبة الدخل المرتفع جدا، وعلى هذا الأساس فقد تم تسجيل نسبة عالية قدرت بـــ85.84%، هي لذوي فئة الدخل الشهري الأسري المرتفـــع جـــدا [30.000 فأكثر[، والقائلين بتولى تسيير ميزانية الأسر من طرف الزوج، مقابل تسجيل ولا نسبة من نفس فئة الدخل للمبحوثين القائلين بتولي تسيير ميزانية الأسرة من طرق الجد، ويتعزز موقف المبحوثين من ذوي فئة الدخل الشهري الأسري المرتفع [25.000-30.000دج[بنسبة تقدر بـــ81.48%، هي أيضا للقائلين بتولي الزوج تسيير ميزانية الأسرة، مقابل تسجيل ولا نسبة للمبحوثين القائلين بتولي تسيير ميزانية الأسرة من طرف الجدة وعضوا آخر .

ثم يأتي موقف المبحوثين من ذوي فئة الدخل الشهري الأسري المتوسط [15.000-20.000دج[مسجلا نسبة عالية تقدر بـــ82.61%، تدعم تولي الزوج تسيير ميزانية الأسرة مقابل تسجيل ولا نسبة من فئة الدخل نفسها، للمبحوثين الذين كانت إجابتهم إنحصرت في تولي تسيير ميزانية الأسرة من طرف الجدة والأخ الأكبر، وفي نفس المنوال أي لموقف المبحوثين من ذوي صنف الدخل الشهري الأسري المتوسط [20.000-25.000دج[، تم تسجيل نسبة قدرت بـــ80.64% للمبحوثين الذين كانت إجابتهم تركزت حول تسيير الزوج لميزانية الأسرة، مقابل تسجيل ولا نسبة من صنف الدخل نفسه للمبحوثين الذين تركزت إجابتهم حول تسيير الجد والجدة لميزانية الأسرة .

أما بالنسبة لموقف المبحوثين من صنف الدخل الشهري المنخفض [10.000-15.000دج[، فقد تم تسجيل نسبة عالية أيضا قدرت بـــ80.46%، للذين كانت إجابتهم تمحورت حول تسيير ميزانية الأسرة من طرف الزوج، مقابل أصغر نسبة قدرت بـــ01.15% من صنف الدخل نفسه للمبحوثين، الذين كانت إجابتهم تمحورت حول تسيير ميزانية الأسرة من طرف الجدة، ولقد تم تعزيز هذا الموقف من طرف المبحوثين من صنف الدخل الشهري الأسري المنخفض [أقل من 10.000دج[بنسبة تقدر بـــ76.11%، أي القائلين بتولي الزوج تسيير ميزانية الأسرة، مقابل أصغر نسبة قدرت بـــ01.77% من صنف الدخل نفسه سجلت للمبحوثين القائلين بتولي تسيير الجد والجدة لميزانية الأسرة .

وعموما يبدو من القراءة الإحصائية أنه إضافة إلى تحمل الزوج مساهمة أكبر في الدخل الشهري، فهو أيضا مكلف بتسيير ميزانية الأسرة، وهذا ما يعني أن الزيادة في حجم المسؤولية في مسألة إعالة الأسرة ترفع من الضغوط على من يقوم بهذا الدور الإجتماعي الحساس، وتؤثر الزيادة في حجم مسؤولية تولي تسيير ميزانية الأسرة بصورة غير

مباشرة على الزوج أو أي عضو آخر في الأسرة، الأمر الذي ينعكس في شكل ضغوطا أيضا قد تؤثر في صرف هذه الميزانية على خدمات غير صحية، نتيجة للتذبذب العام لمستوى المعيشة في المجتمع، وزيادة الطلب على بعض المواد الضرورية دون غيرها من طرف أعضاء الأسرة، إذا فمن الممكن أن تكون زيادة الأعباء والمهام المطلوبة من حيث الحجم أو المهارة مصدرا من مصادر الضغوط الإجتماعية والنفسية، وللإشارة فإنه لا يمكن تجاهل النسب المسجلة لبقية الأعضاء الآخرين الذين تولوا تسيير ميزانية الأسرة _حسب تصريح المبحوثين- قد آثارت قضية تسيير ميزانية الأسرة مشكلات عديدة، وتسببت في توترات وصلت إلى فقدان الثقة التي تؤدي بدورها إلى إستمرار النزاعات، حيث قالت إحدى المبحوثات في هذا السياق أنها كانت ضحية كلام قاسي من طرف أبناء زوجها، أي تم إتهامها بإخفاء المال وبالسرقة، مما جعلها تتعرض إلى الإصابة بالأمراض الثلاث، ضغط الدم ثم تلاه السكري والقلب، ومشكلات عديدة لا يمكن حصرها في هذا المقام، وقد يتضح هذا الأمر أكثر من خلال عرض معطيات الجدول اللاحق الذي يتناول إقرار المبحوثين من عدمه لوجود مشكلات الدخل الشهري الأسري .

جدول رقم (97) : يبين الدخل الشهري الأسري وعلاقته بوجود الخلافات والمشكلات الأسرية حول المصاريف المترلية قبل إصابة المبحوثين بالمرض المزمن.

وجود الخلافات والمشكلات الأسرية حول المصاريف المترلية / الدخل الشهري الأسري	نعم	لا	المجمـــــوع
[أقل من 10.000دج [	91 %80.53	22 %19.46	113 %100
[10.000-15.000دج [	71 %81.61	16 %18.39	87 %100
[15.000-20.000دج [	54 %78.26	15 %21.73	69 %100
[20.000-25.000دج [	25 %80.64	6 %19.35	31 %100
[25.000-30.000دج [	18 %66.67	9 %33.33	27 %100
[30.000دج فأكثر [	77 %68.14	36 %31.85	113 %100
المجمـــــــــــــــوع	336 %76.36	104 %23.64	440 %100

مما لاشك فيه أن نتائج هذا الجدول سوف تؤكد حقيقة هامة حول وجود الخلافات والمشكلات الأسرية من عدمها بين أعضاء عائلات أفراد العينة قبل إصابتهم بالمرض المزمن، وإنعكاسات ذلك على حالتهم الصحية وإصابتهم بالمرض المزمن، وعليه تظهر أعلى نسبة تقدر بـــ76.36% من مجموع أفراد العينة، الذين كان قرارهم التصريح بوجود

خلافات ومشكلات أسرية حول المصاريف المترلية، وذلك مقارنة بنسبة تقدر بـــ23.64% عادت للمبحوثين الذين تحدد قرارهم حول التصريح بعدم وجود خلافات ومشكلات أسرية ناتجة عن المصاريف المترلية .

إن التدقيق في ملاحظة تأثير الدخل الشهري الأسري على قرار أفراد العينة بوجود خلافات ومشكلات أسرية حول المصاريف المترلية، يكشف أن هناك تأثير قوي وعلى جميع مستويات الدخل، غير أنه يلاحظ إرتفاع النسب نوعا ما مع إنخفاض الدخل، لذلك قد تم تسجيل لدى المبحوثين من ذوي فئة الدخل الشهري الأسري [أقل من 10.000دج[نسبة تقدر بـــ80.53%، الذين إعترفوا بوجود خلافات ومشكلات أسرية حول المصاريف المترلية، مقابل أصغر نسبة قدرت بـــ19.46% من نفس فئة الدخل، سجلت للمبحوثين الذين أقروا بعدم حدوث خلافات ومشكلات حول المصاريف المترلية، وترتفع النسبة إلى 81.61% لدى المبحوثين من ذوي فئة الدخل الشهري الأسري المنخفض [10.000-15.000دج[، الذين أقروا بوجود خلافات ومشكلات أسرية حول المصاريف المترلية، مقابل أصغر نسبة قدرت بـــ18.39% من نفس فئة الدخل للمبحوثين الذين صرحوا بعدم وجود خلافات ومشكلات أسرية حول المصاريف المترلية.

أما بالنسبة للمبحوثين من ذوي فئة الدخل الشهري الأسري المتوسط[15.000-20.000دج[فقد تم تسجيل لديهم نسبة تقدر بـــ78.26%، للذين صرحوا بوجود خلافات ومشكلات أسرية حول المصاريف المترلية، مقابل أدنى نسبة تقدر بـــ21.73% من نفس فئة الدخل هي للمبحوثين الذين صرحوا بعدم وجود خلافات ومشكلات حول المصاريف المترلية، وترتفع النسبة إلى 80.64% عند المبحوثين من ذوي فئة الدخل الشهري الأسري المتوسط [20.000-25.000دج[، الذين صرحوا بوجود خلافات ومشكلات أسرية حول المصاريف المترلية، مقابل أدنى نسبة تقدر بـــ19.35% من فئة الدخل نفسها للمبحوثين الذين صرحوا بعدم وجود خلافات ومشكلات أسرية حول المصاريف المترلية، وتنخفض النسبة إلى 66.67% عند ذوي فئة الدخل الشهري الأسري المرتفع [25.000-30.000دج[، الذين صرحوا بوجود خلافات ومشكلات أسرية حول المصاريف المترلية، مقابل أدنى نسبة قدرت بـــ33.33% لنفس فئة الدخل للمبحوثين، الذين صرحوا بعدم وجود خلافات ومشكلات حول المصاريف المترلية.

ويعزز هذا الموقف بنسبة تقدر بـــ68.14% لدى المبحوثين من ذوي فئة الدخل الشهري الأسري المرتفع جدا [30.000دج فأكثر[، والقائلين بوجود خلافات ومشكلات أسرية حول المصاريف المترلية،مقابل أدنى نسبة تقدر بـــ31.85% من نفس فئة الدخل، للمبحوثين القائلين بعدم وجود خلافات ومشكلات أسرية حول المصاريف المترلية .

وعلى العموم يتضح جليا من خلال النتائج الإحصائية السالفة الذكر، أن هناك خلافات ومشكلات أسرية حول المصاريف المترلية تحدث بسبب الدخل الشهري الأسري مهما كان مستواه، وبخاصة في حالة الإنخفاض، ويمكن تفسير ذلك بأنه من الممكن أن يفرز صراعا وتعارضا عندما يكون هناك أكثر من مطلب أسري، سواء تعلق الأمر بالمسكن المأكل، الملبس والمشرب...الخ، ويريد أحد أعضاء الأسرة تحقيقه ولا يتمكن من ذلك في ظل ظروف معيشية

معينة ومحدودة، ولعل السبب حسب أبرز ما صرح به أفراد العينة كمثال حالي هو خروج المرأة للعمل ومضاعفة مطالبها الحياتية واليومية، فالمطلوب منها في ظل نظام الأسرة السائد في المجتمع الجزائري، القيام بالصرف على الأطفال من رعاية وتعليم وإعتناء، إضافة إلى إلتزامها بالصرف على إنشغالات عملها فمن ذلك تنشأ ضغوط كبيرة نتيجة هذا الصراع .

وهناك نتيجة أخرى هامة مفادها أنه كلما إنخفض الدخل الشهري الأسري أفرز خلافات ومشكلات أسرية حول المصاريف المترلية بشكل واسع، والسبب في ذلك أيضا أن هناك أكثر من مطلب يفترض أن يتم تحقيقه ضمن متطلبات الأسرة الفقيرة في الوقت الواحد، غير أن الأمر يتساوى مع مستوى الدخل المتوفر لدى الأسرة، إضافة إلى ذلك فهناك بعض المصاريف المترلية التي يغيب فيها الوضوح عند تحقيقها على حساب ميزانية الأسرة، قد تكون مصدر ضغوط بين أعضائها .

بالإضافة إلى أن مسألة الإخفاق في الحصول على السلع والخدمات لإستهلاكها، سواء كانت ضرورية أو كمالية بالنسبة للأسرة، تعتبر كذلك من المسائل التي تشكل ضغوطا على أي شخص مكلف بصرف ميزانية الأسرة، وهذه الممارسات تحدث لأي فرد وفي أي مجتمع، حيث يحاول الأفراد عادة أن يصلوا إلى تحقيق أهدافهم في إطار السلوك العادي أو الطبيعي الذي يتوقعه أعضاء الأسرة الآخرين، والإخفاق في الوصول إلى هذه الأهداف مهما كانت مختلفة، فمن الممكن أن يولد الشعور بالإحباط والقلق والإكتئاب، أو بالأحرى عدم تحقيق هذه الأهداف من طرف الفرد يؤدي إلى إحداث نوع من الضغوطات اليومية .

جدول رقم (98) : يبين الدخل الشهري الأسري وعلاقته بتعرض أسر المبحوثين قبل الإصابة بالمرض المزمن إلى وضعيات مادية حرجة أفرزت ضغوطا إجتماعية ونفسية حادة .

تعرض الأسرة لوضعية مادية حرجة / الدخل الشهري الأسري	إستلاف مبلغ مالي كبير	الحصول على ملك أو مبلغ مالي كبير	أزمة سكن	وضعيات مادية حرجة أخرى *	لم تتعرض الأسرة إلى أية وضعية مادية حرجة	المجمـــــوع
[أقل من 10.000دج [	17 %15.05	05 %04.42	74 %65.49	12 %10.62	05 %04.42	113 %100
[10.000-15.000دج [	07 %8.05	05 %05.75	62 %71.26	10 %11.49	03 %03.45	87 %100
[15.000-20.000دج [	12 %17.39	04 %05.80	41 %59.42	11 %15.94	01 % 01.45	69 %100
[20.000-25.000دج [	03 %09.68	- -	23 %74.19	03 %09.68	02 %06.45	31 %100
[25.000-30.000دج [	- -	03 %11.11	16 %59.26	07 %25.93	01 %03.71	27 %100
[30.000دج فأكثر [	03 %02.65	27 %23.89	42 %37.17	39 %34.51	02 %01.77	113 %100
المجمـــــــــوع	42 %9.54	44 %10	258 %58.64	14 %3.18	82 %18.64	440 %100

* ملاحظة: تتمثل الوضعيات المادية الأخرى الحرجة والضاغطة فيما يلي: خسارة مالية كبيرة، فقدان سيارة .

لقد صنف عدد غير قليل من الدراسات -لا يمكن حصرها في هذا المقام- التي أوضحت أن مشكلات الوضع الإقتصادي، وما يرتبط به من ممارسات مادية داخل نسق الأسرة من ضمن الأحداث الضاغطة إجتماعيا ونفسيا على صحة الأفراد، ولا شك أن التعرض لأحداث أو وضعيات مادية مثل إستلاف مبلغ مالي كبير، الحصول على ملك، أزمة السكن ...الخ، قد تكون متوقعة وتحدث لدى الكثير من الأفراد والأسر، غير أن حدوثها بشكل متكرر يزيد من إفراز التوترات والنزاعات، الأمر الذي من الممكن أن يؤدي بدوره إلى إزدياد درجة تأثير هذا النوع من الضغوط على صحة الفرد، وبالتالي المساهمة في إصابته بالمرض المزمن.

وعلى هذا الأساس سيتم الكشف عن أهم الوضعيات المادية الحرجة والضاغطة التي تعرض لها أفراد العينة أو أسرهم قبل إصابتهم بالمرض المزمن، من خلال نتائج هذه الدراسة التي تندرج ضمن معطيات الجدول رقم (98)، والتي أظهرت نسبة عالية قدرت بـــ58.64% من مجموع أفراد العينة، الذين تركزت إجابتهم في التعرض إلى وضعية أزمة السكن، هذا مقارنة بنسبة قدرت بـــ18.64% من المبحوثين الذين تركزت إجابتهم حول عدم التعرض لوضعيات المادية، في حين قدرت نسبة بـــ10% للمبحوثين الذين تمحورت إجابتهم حول الحصول على ملك أو مبلغ مالي كبير، وأيضا نسبة قدرت بـــ03.18% تتعلق بالمبحوثين الذين صرحوا بالتعرض لوضعيات مادية أخرى .

إن معطيات الجدول تكشف من خلال الملاحظة الأولى حول علاقة الدخل الشهري الأسري بتعرض أفراد العينة إلى وضعيات مادية، أن هناك تعزيزا واضحا في كل مستويات الدخل (المنخفض، المتوسط، المرتفع) لأزمة السكن، مقارنة بإستلاف مبلغ مالي كبير، والحصول على ملك أو مبلغ مالي كبير أيضا، وحتى وضعيات مادية أخرى، مع ملاحظة أيضا أن هناك علاقة بارزة تتعلق بمسألة أزمة السكن في حد ذاتها، حيث كلما كان الدخل متوسطا أو منخفضا كلما تعرض أفراد العينة لحدة أزمة السكن والعكس صحيح، أي كلما إرتفع الدخل تراجعت نسب تعرض أفراد العينة من هذه الأزمة نوع ما .

وفي هذا السياق تظهر نسبة عالية تقدر بـــ74.19% للمبحوثين من ذوي فئة الدخل الشهري الأسري المتوسط [20.000-25.000دج[، والذين تعرضوا لوضعية أزمة السكن، مقابل تسجيل ولا نسبة للمبحوثين الذين كان موقفهم يتركز حول الحصول على ملك أو مبلغ مالي كبير ومن نفس فئة الدخل، كما تعزز نسبة ثانية تقدر بـــ59.42% موقف المبحوثين من ذوي فئة الدخل الشهري الأسري المتوسط [15.000-20.000دج[، الذين إنحصرت إجابتهم في أزمة السكن، مقابل أدنى نسبة تقدر بـــ01.45% لنفس فئة الدخل، وتتعلق بموقف المبحوثين القائل بالتعرض لوضعيات مادية أخرى، وتأتي نسبة أخرى عالية تقدر بـــ71.26% هي لذوي فئة الدخل الشهري الأسري المنخفض [10.000-15.000دج[، تعزز الموقف القائل بالتعرض لأزمة السكن، مقابل أدنى نسبة تقدر بـــ03.45% من نفس فئة الدخل، للمبحوثين القائلين بالتعرض لوضعيات مادية أخرى .

وتدعم نسبة تقدر بـــ65.49% موقف المبحوثين ذوي فئة الدخل الشهري الأسري المنخفض، أي [أقل من 10.000دج[القائل بالتعرض لأزمة السكن مقابل أدنى نسبة لذوي هذه الفئة والمقدرة بـــ4.42%، والقائلين بالحصول على ملك أو مبلغ مالي كبير ووضعيات مادية أخرى، وفي المرتبة الأخيرة، أي لدى المبحوثين من صنف فئة الدخل الشهري الأسري المرتفع [25.000-30.000دج[، تم تسجيل نسبة تقدر بـــ59.26%، للذين كانت إجابتهم تتركز حول أزمة السكن مقابل تسجيل ولا نسبة من فئة الدخل نفسها، للمبحوثين الذين كانت إجابتهم تتركز حول إستلاف مبلغ مالي كبير، وتنخفض النسبة إلى 37.17% لدى المبحوثين من نفس فئة الدخل الشهري الأسري المرتفع [30.000دج فأكثر[، والذين تركزت إجابتهم حول أزمة السكن، مقابل أصغر نسبة قدرت بـــ01.77% لفئة الدخل نفسها، عادت للمبحوثين الذين تركزت إجابتهم حول وضعيات مادية أخرى .

كإستنتاج عام حول بروز ظاهرة أزمة السكن في تصريحات أفراد العينة، وزيادة حدة هذه الظاهرة خصوصا بين فئات الدخل الشهري المتوسط والمنخفض، يمكن القول أن هناك تأثرا كبيرا للدخل أو المستوى المعيشي لعائلات أفراد العينة بالوضع الإقتصادي الذي ساد في المجتمع الجزائري ومنذ سنوات الثمانينات إلى الوقت الحاضر، وهذا التأثير قد أدى إلى توسيع نطاق أزمة السكن ليس فقط بين أبناء الطبقة الدنيا بل حتى بين أبناء الطبقة الوسطى والعليا، وبالطبع قد حدث هذا التغير في السلم الإجتماعي للمجتمع، نتيجة توسع ظاهرة الفقر التي مست الطبقة الوسطى (كانت تستفيد من خدمات إجتماعية من أهمها السكن) في المجتمع من الموظفين والإطارات المتوسطة، والتي تراجعت يوم بعد يوم حتى إنظمت إلى الطبقة الدنيا والفقيرة، ومن أهم أسباب هذه المشكلة السوسيو-إقتصادية، ذلك الركود المتواصل للإنتاج السلبي على الدخل الشهري الأسري للأسرة الجزائرية وظروف معيشتها .

وعلى الرغم من التنمية الإقتصادية المتبعة في المجتمع الجزائري وبخاصة بعد إرتفاع أسعار البترول في السوق العالمية، إلا أن مستوى دخل الفرد الجزائري يبقى محدودا، ويبقى يتخبط في أزمات أخرى من أهمها البطالة التي تراوحت ما بين 29و35%، خاصة وأن هذه النسب العالية تمس بوجه الخصوص الأفراد الجدد والأسر الجديدة من الوافدين على سوق الشغل، ومن ذلك شريحة الشباب خريجي الجامعات والمعاهد الجزائرية، إن ظاهرة البطالة وما يصاحبها من تضخم يمثلان سببين رئيسين لتدهور قدرة الأفراد على تأمين مساكن وحتى قدرتهم الشرائية بصفة عامة، ولعل ما زاد الأمر تعقيدا هو محاولة الزيادة في الدخل بشكل غير متوازن مع تراجع الدعم للمواد الضرورية كالخبز والحليب وغيرهما، الأمر الذي زاد من تعميق مستوى التضخم، وأحدث إختلال في قدرة تكيف الأسرة الجزائرية لميزانيتها مع متطلبات العصر.[1]وهذا ما أوقع بها بين سندان توفير ضروريات العيش من مأكل ومشرب وملبس ومطرقة أزمة السكن، ولهذا السبب المصرح به من طرف المبحوثين يعاني القائمون على رعاية الأسرة وتوفير المسكن، من ضغوط شديدة حول صرف الجزء الأكبر من دخولهم لمحاولة تأمين شراء المسكن، فهم قد يدفعون ثلث دخولهم -حسب رأيهم-

[1] بلقاسم سلاطنية، سامية حمدي، المرجع السابق، ص 111.

لحل هذه الأزمة، ويترتب على مشكلة السكن مشكلات أخرى، كالحصول على السكن في مناطق سكنية رديئة وغير ملائمة لظروف العيش الصحية، والتي لا تتوافر فيها أبسط شروط المعيشة والإحتياجات الصحية كالمياه الصالحة للشرب، مرافق الصرف الصحي، الكهرباء، التهوية، النظافة...الخ .

والذي ينبغي الإشارة إليه أيضا أن الضغوط التي تعرض لها أفراد العينة لم تقتصر فقط على أزمة السكن، وإنما حتى مسألة الحصول على ملك أو مبلغ مالي كبير أو إستلاف مبالغ مالية كبيرة، كانت بمثابة مصدرا من مصادر الضغوط التي تعرضوا إليها من الناحية المادية، فقد أكد بعض المبحوثين فيما يخص حصولهم على ملك أو مبلغ مالي كبير، كما هو الحال بالنسبة لقسمة الميراث من عقارات وأرباح تجارية...الخ، قد ترتبت على ذلك مشكلات أسرية، وتعاظمت إلى درجة إضطراب العلاقات الأسرية وقطع التواصل أحيانا والإقتتال واللجوء إلى القضاء أحيانا أخرى.

هذا من ناحية ومن ناحية أخرى ترتبت عن وفرة المال نقلة سريعة في نمط المعيشة أثرت بشكل سلبي في تغير عادات الإستهلاك لديهم، حيث قال أحدهم " كنا نتغذى ونتعشى بالعدس حتى أوجدنا روحنا ناكلوا غير اللحم ورانا نعانوا من السمنة والقلب"، وهذه حقيقية سوسيولوجية أخرى هامة ينبغي أخذها في الحسبان عند تفسير مثل هذه الوضعية الإجتماعية، التي تندرج ضمن عمليات الإنتقال داخل المجتمع أو ما يسمى بالحراك الإجتماعي، وهو حركة ونقلة الفرد من طبقة إجتماعية إلى طبقة أخرى، نتيجة ظروف ومعطيات مادية إجتماعية، وهذا عامل آخر يساهم بصورة مباشرة أو غير مباشرة في إفراز الضغوط على صحة الأفراد ويساهم في إصابتهم بالأمراض المزمنة محل الدراسة، ولعل مشكلة إستلاف مبلغ مالي كبير تضاف كحدث ضاغط، وبخاصة في حالة عدم كفاية دخول الأفراد والأسر على حد سواء، فالإستدانة بقدر ما هي حل يلجأ إليه الأفراد في أوقات الحاجة، بقدر ما تزيد الوضع المادي تعقيدا، فهي حقيقة تحدث شرخا في مسألة تسيير ميزانية الأسرة بين تخصيص المصاريف اليومية الضرورية للعيش، وتخصيص مبالغ من أجل تسديد الديون، الأمر الذي يزيد بدوره من حدة الصراعات والنزاعات بين الأفراد ويفرض ضغوطا مستمرة مع إستمرار وجود الدين حتى يقضى .

المطلب الرابع : أهم مشكلات المسكن الأسري العلائقية وإنعكاساتها على الإصابة بالمرض المزمن

مما لا شك فيه أن للوضع السكني تأثيرات عديدة على الوضع الصحي للأفراد والأسر معا، بإعتباره حيزا ذو أهمية بالغة في تحديد دور ومكانة كل فرد ضمن نسق الأسرة، ولا شك أيضا أن عمليات التفاعل والعلاقات الإجتماعية، قد تأثرت بشكل كبير بالأوضاع المجتمعية السائدة في العصر الحديث، حيث ظهرت علاقات إجتماعية مادية جديدة إختلفت عن العلاقات الإجتماعية التي كانت سائدة في وقت مضى، وبصورة عامة فالتفاعل يكون ضمن نطاق المسكن الأسري الواحد، أو يكون بين الأقرباء أو ينشأ بين أحد أعضاء الأسرة المحيطين به من أعضاء آخرين، فالأسرة تمثل أحد أبرز المؤسسات التي تعرضت إلى المشكلات المادية أو فرضت عليها أحداث ومعطيات مادية يومية قد تكون ضاغطة في أغلب الأحوال، خصوصا المرتبطة منها بالمسكن الأسري، وتزامنت مع التغيرات الحاصلة لها في المجتمع، إذا فمشكلات المسكن

الأسري تعتبر من أبرز مصادر إفرازات الضغوط التي يتعرض لها الأفراد في حياتهم اليومية، وما يلاحظ في الواقع أن هناك زيادة في حجم المشكلات المرتبطة بالمسكن في الوقت الحاضر، قد برزت في المجتمع نتيجة ظروف مادية صعبة منها أزمة السكن، تدني الوضع الصحي للسكن وعدم ملائمته مع عدد الأفراد المتواجدين به، إلى جانب سوء العلاقات الأسرية التي قد تحدث بين أعضاء الأسرة تحت سقف واحد ومطبخ واحد، وهذا من الممكن أن ينعكس سلبا على صحة أفراد الأسرة من خلال توليد خلافات ونزاعات مستمرة غالبا، قد تتعاظم حتى تصل إلى مستوى الضغط الشديد الذي يساهم في تدهور صحتهم ويعرضهم أكثر للإصابة بالمرض المزمن.

جدول رقم (99) : يبين صفة سكن المبحوثين وأبعاد ذلك المرضية قبل إصابتهم بالمرض المزمن.

صفة السكن	التكـــــرار	النسبـــــــــة %
مالك مشترك	183	41.59
مالك خاص	119	27.04
في طور الحصول على ملكية	15	03.41
مستأجر	58	13.18
مسكن وظيفي	19	04.32
مسكن مجاني	16	03.64
صفة أخرى*	30	06.82
المجمـــــــــــــــوع	440	100

* ملاحظة : تتمثل صفة السكن الأخرى في السكنات التابعة لورشات أو مصانع أو معامل.

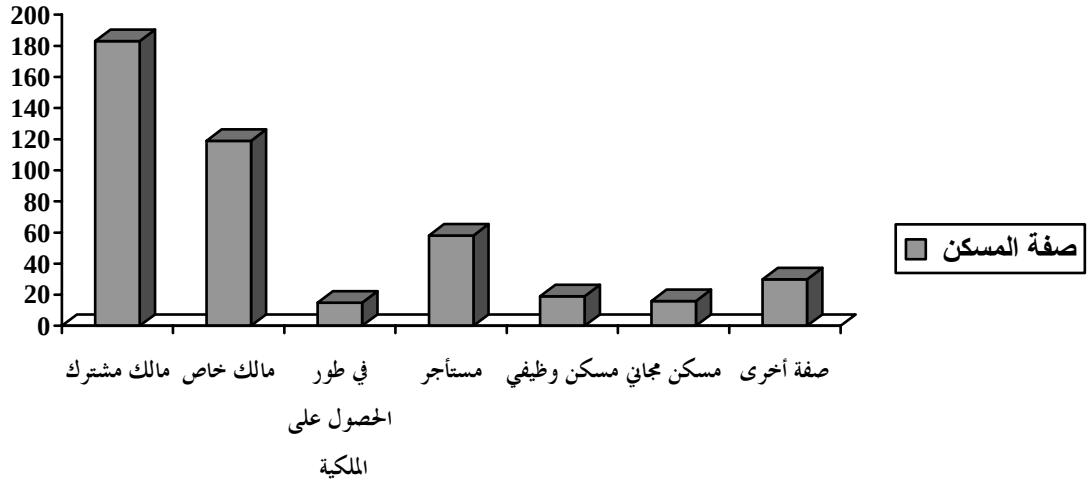
إن معطيات هذا الجدول تكشف بوضوح ما هي الصفة التي سكن عن طريقها أفراد العينة قبل إصابتهم بالمرض المزمن، وما ينجر عن ذلك من تبعات صحية، ومنه يلاحظ أن النسبة الملفتة للإنتباه أو البارزة تقدر بـــ41.59%، جاءت تمثل المبحوثين الذين كانوا يسكنون بصفة ملكية مشتركة أو جماعية، وهذا مقارنة بنسبة تقدر بـــ27.04% للمبحوثين الذين كانوا يسكنون بصفة ملكية خاصة، نسبة 13.18% في صنف السكن بصفة الإستئجار، نسبة 06.82% من المبحوثين كانوا يقطنون بصفات السكن الأخرى،

نسبة 4.32% لصنف السكن الوظيفي، نسبتان متقاربتان وضعيفتان، تقدر الأولى بـــ3.64% لصنف صفة السكن المجاني، وتقدر الثانية بـــ3.41% لصنف المسكن في طور الحصول على الملكية.

ولعل من أهم الأسباب المفسرة لصفة السكن الغالبة والمرتبطة بالملكية المشتركة أو الجماعية، حسب ما صرح به المبحوثين يرجع في أغلب الحالات إلى أزمة السكن، التي لم يتم حلها أو التخفيف من حدتها في المجتمع الجزائري منذ الإستقلال إلى اليوم، والتي تفرض على العديد من الأفراد، وبخاصة منهم الأزواج الجدد الإشتراك في المسكن مع الأهل أو مع أحد أعضاء الأسرة الآخرين كالإخوة هذا من جهة، ومن جهة أخرى يرجع الأمر أيضا إلى تمسك الأهل ببعض التقاليد والقيم الإجتماعية العتيقة، التي تحتم بقاء أعضاء الأسرة ومنهم الزوجين مجتمعين تحت سقف واحد وضمن السكن المشترك، وأحيانا يشتركون حتى في مطبخ واحد .

وعليه يمكن إستنتاج أن صفة سكن المبحوثين في أغلب الحالات غير مناسبة من ناحية إستقرار حياتهم النفسية والإجتماعية، الأمر الذي إتضح من الموقف الذي إتجه نحو صفة الملكية المشتركة وبخاصة مع الأهل، بالإضافة إلى صفة الإستئجار التي تثقل كاهل الأسر وميزانيتهم، والتي سجلت نسبة معتبرة أيضا، نظرا لإرتفاع سعر هذه الوضعية السكنية الحرجة، وهذا الوضع السكني من شأنه أن يزيد من تعقيد الحياة اليومية بالنسبة لأفراد الأسرة والمتزوجين هم الأكثر تأثرا بهذا الوضع، نظرا للتصادم الذي يحدث مع أعضاء الأسرة حول الكثير من المواقف الإجتماعية وأحيانا سوء التفاهم، قلة الإنسجام في العلاقات والتفاعل السلبي اليومي، وكل ما يفضي إلى مشكلات غالبا ما تزيد من شدة الضغط على صحة الأفراد .

شكل رقم (21): أعمدة بيانية تمثل صفة سكن المبحوثين قبل إصابتهم بالمرض المزمن .



جدول رقم (100) : يبين نوع المسكن الأسري الذي كان يأوي المبحوثين وعلاقته بعدد الغرف فيه قبل إصابتهم بالمرض المزمن .

عدد الغرف في المسكن / نوع المسكن	]2-1[	]4-3[	]6-5[	]07 فأكثر[	المجمـــــوع
شقة	06 %03.11	94 %48.70	60 %31.09	33 %17.10	193 %100
فيلا	01 %00.93	65 %60.75	31 %28.97	10 %09.35	107 %100
بيت تقليدي	01 %00.94	76 %71.70	19 %17.93	10 %09.43	106 %100
بيت قصديري	01 %04.17	13 %54.17	05 %20.83	05 %20.83	24 %100
نوع آخر*	- -	07 %70	03 %30	- -	10 %100
المجمـــــوع	09 %02.04	255 %57.95	118 %26.82	58 %13.18	440 %100

* ملاحظة: يتمثل نوع المسكن الأخر في قصر كبير، بيت جماعي، حوش، شاليهات .

إن تقسيم المجال الأسري المتمثل في عدد الغرف الموجودة في المسكن يعتبر عامل هام من عوامل توجيه العلاقات الأسرية، التي تلعب دورا بارزا في إستقرار حياة الأفراد، بإعتبار المسكن الحيز الذي يمثل سر مكون هؤلاء، وخاصة منهم المتزوجين، لذلك فعدم تناسب عدد الغرف الموجودة بالمسكن مع عدد الأفراد المتواجدين به، يمكن أن يؤثر سلبا على علاقتهم مع بعضهم البعض، ولأجل التأكد من هذا الأمر تم تشكيل هذا الجدول الذي يوضح العلاقة الموجودة بين نوع المسكن الذي كان يقيم فيه المبحوثين قبل إصابتهم بالمرض المزمن وعدد الغرف التي يحتويها، ومدى تأثير ذلك على علاقتهم في حياتهم اليومية مع أعضاء الأسرة جميعهم .

وعلى هذا الأساس يلاحظ أن هناك نسبة بارزة قدرت بـــ57.95%، تمثل المبحوثين الذين كانوا يقيمون في مسكن يتراوح عدد الغرف فيه ما بين]3-4[غرفة، مقارنة مع النسب الأخرى المسجلة للفئات المتبقية لعدد الغرف، والتي توزعت كالتالي: نسبة 26.82% تمثل المبحوثين الذين كانوا يقيمون في مسكن بلغ عدد الغرف فيه]5-6[غرفة، نسبة 13.18%تمثل المبحوثين الذين كانوا يسكنون في مسكن قدرت عدد الغرف فيه]7 فأكثر[غرفة، نسبة 02.04% للمبحوثين الذين كانوا يقطنون في مسكن قدرت عدد الغرف فيه ما بين]1-2[غرفة.

وبالنظر في علاقة نوع المسكن بعدد الفرق فيه، يظهر أن هناك تعزيز واضح وبأقصى نسبة تقدر بـــ71.70%، لموقف المبحوثين الذين كانوا يقيمون في مسكن تراوح عدد الغرف فيه ما بيـــن]3-4[غرفة، وكان نوع المسكن يتمثل في بيت تقليدي، مقابل أدنى نسبة قدرت بـــ0.94% للمبحوثين الذين

كانوا يقطنون في نوع المسكن نفسه، وكانت إجابتهم تركزت في عدد الغرف الذي يتراوح ما بيـــن [1-2[غرفة، ثم جاءت نسبة تقدر بـــ70% لموقف المبحوثين الذين كانوا يقطنون في مسكن من نوع آخر، وكانت إجابتهم إنصبت أيضا على عدد الغرف الذي تراوح ما بين [3-4[غرفة، مقابل إنعدام نسبتين هما للمبحوثين الذين كانوا يقطنون نفس نوع المسكن وإنحصرت إجابتهم حول عدد غرف المسكن الذي تراوح ما بين [1-2[و[7 فأكثر[غرفة.

وفي نفس المنوال تقدر نسبة معتبرة بـــ60.75% تمثل موقف المبحوثين الذين كانوا يسكنون فيلا، وكانت إجابتهم كذلك تنصب حول عدد الغرف المقدر بـــ[3-4[غرفة، مقابل أصغر نسبة تقدر بـــ0.93% هي للمبحوثين الذين كانوا يقطنون في نفس نوع المسكن، غير أن إجابتهم إنصبت حول عدد الغرف المقدر بـــ[1-2[غرفة، ويبقى الموقف السالف الذكر أي الموجه نحو عدد الغرف [3-4[غرفة، مدعما بنسبة تقدر بـــ54.17% للمبحوثين الذين سكنوا في مسكن من نوع بيت قصديري، مقابل أدنى نسبة تقدر بـــ04.17% لنفس نوعية المسكن بالنسبة للمبحوثين الذين تركزت إجابتهم حول عدد الغرف المقدر بـــ [1-2[غرفة .

وفي الأخير تسجل نسبة معتبرة أيضا تقدر بـــ48.70%، تعزز موقف المبحوثين القائل بعدد الغرف المقدرة بـــ[3-4[غرفة من طرف المبحوثين الذين كانوا يقيمون في مسكن من نوع شقة، مقابل أدنى نسبة تقدر بـــ03.11% للمبحوثين الذين كانوا يقيمون في نوع المسكن نفسه، والذين إنحصرت إجابتهم حول عدد الغرف الذي يتراوح ما بين [1-2[غرفة .

وما يمكن إستنتاجه من خلال ما سبق ذكره أن عدد الغرف حسب تصريح المبحوثين لم يكن يتناسب تماما مع عدد الأفراد الذين يقيمون في نفس المسكن، وبخاصة من نوع بيت تقليدي مع وجود المتزوجين، وكما سبقت الإشارة إليه غالبا ما تمثل هؤلاء الأفراد في الحماة والحمو والبنات اللواتي لم يتزوجن، ومن ذلك يمكن القول بأن وجود عدد كبير من الأفراد تحت سقف واحد حتما يؤدي إلى ظهور أسباب الإختلاف والنزاع والتوتر حول الأشياء الصغيرة والكبيرة، مما يتحول الأمر إلى ضغوط قد تستمر طويلا وتلعب دورها السلبي على صحة من يعيشها.

وبشكل عام تم تقدير متوسط عدد الغرف في المسكن الواحد بغض النظر عن نوعه، وقد تبين أنه لم يتجاوز 4 غرف في المسكن، الأمر الذي لا يتطابق مع الإشتراطات الصحية الواجب توافرها في المسكن الأسري، وحتى يكون هذا الأخير صحيا ينبغي أن تتوافر المساحة الأرضية لكل فرد من أفراد الأسرة وأن لا تقل عن 5 متر مكعب، توفير التهوية والإضائة، أن يكون المسكن بعيدا وخاليا من الضوضاء والأصوات المقلقة، أن يحتوي المسكن على العدد المناسب من الحجرات لكل أعضاء الأسرة، ولكل الأغراض مثل غرض النوم، الراحة والأكل ...إلخ .[1] وفي هذا الصدد صرح العديد من المبحوثين أن معاناتهم بسبب ضيق المساكن زادت من تعقيد حياتهم اليومية وأفرزت ضغوطات أسرية لا حدود لها .

[1] أحمد فائق، المرجع السابق، ص 213.

جدول رقم (101) : يبين نوع المسكن الأسري الذي كان يأوي المبحوثين وعلاقته بعدد الأفراد فيه قبل الإصابة بالمرض المزمن .

عدد الأفراد / نوع المسكن	[2-4]	[5-7]	[8-10]	[11 فأكثر[	المجمـــــوع
شقة	22 %11.40	165 %85.49	05 %02.59	01 %00.52	193 %100
فيلا	38 %35.51	50 %46.73	15 %14.01	04 %03.74	107 %100
بيت تقليدي	30 %28.30	70 %66.04	05 %04.72	01 %00.94	106 %100
بيت قصديري	02 %8.33	22 %91.67	- -	- -	24 %100
نوع آخر	01 %10	07 %70	02 %20	- -	10 %100
المجمـــــــــوع	93 %21.14	314 %71.36	27 %6.14	06 %01.36	440 %100

إن معطيات هذا الجدول توضح العلاقة الموجودة بين نوع مسكن أفراد العينة وعدد الأفراد الذين يقطنون فيه قبل إصابتهم بالمرض المزمن، ويظهر أن أعلى نسبة تقدر بـــ71.36% جاءت تمثل المبحوثين الذين كانوا يقيمون في مسكن يتراوح عدد أفراده ما بين [5-7[أفراد، مقارنة بنسبة 21.14% سجلت للمبحوثين الذين كانوا يقيمون في مسكن يتراوح عدد أفراده ما بين [2-4[أفراد، نسبة تقدر بـــ06.14% تمثل المبحوثين الذين سكنوا في مسكن يحوي عددا من الأفراد يتراوح مابين [8-10[أفراد، وأخيرا تقدر نسبة بـــ01.36% تمثل المبحوثين الذين سكنوا في مسكن يحوي عدد من الأفراد يزيد عن [11 فأكثر[أفراد.

وبالعودة إلى نوع المسكن وتأثيراته في توزع عدد الأفراد فيه، يتضح أن موقف المبحوثين الذي توجه نحو الإجابة على إحتواء المسكن الذي أقاموا فيه [5-7[أفراد، قد تم تعزيزه بأعلى نسبة قدرت بـــ91.67% هي لنوع المسكن القصديري، مقابل تسجيل ولا نسبة للمبحوثين الذين سكنوا نوع المسكن نفسه وتراوح عدد الأفراد فيه ما بين [8-10[و[11 فأكثر[أفراد، ثم تأتي نسبة عالية أيضا تقدر بـــ85.49% هي للمبحوثين الذين كانوا يقيمون في المسكن من نوع شقة، ويتراوح عدد الأفراد فيه ما بين [5-7[أفراد، مقابل أدنى نسبة قدرت بـــ0.52% للمبحوثين الذين كانوا يقيمون من نفس نوع المسكن، غير أن عدد أفراده يفوق [11 فأكثر[، وتظهر نسبة معتبرة كذلك تقدر بـــ70% تمثل المبحوثين الذين سكنوا نوع آخر، من المساكن ودعموا الموقف القائل بإحتواء المسكن عددا من الأفراد يتراوح ما بين [5-

7[أفراد، مقابل تسجيل ولا نسبة للمبحوثين الذين سكنوا نوع المسكن نفسه، وكان موقفهم تركز في القول بإحتواء سكنهم عددا من الأفراد تجاوز [11 فأكثر[، أما بالنسبة للسكن من النوع التقليدي فقد تم تسجيل نسبة تقدر بـــ66.04%، للمبحوثين الذين أجابوا بإحتواء سكنهم على عدد من الأفراد تراوح أيضا ما بين [5-7[أفراد، مقابل تسجيل أصغر نسبة قدرت بـــ0.94%، للمبحوثين الذين كانوا يقيمون في نفس نوع المسكن غير أنه إحتوى على عدد قدر بـــ[11 فأكثر[فرد، وفي المرتبة الأخيرة يأتي السكن من نوع فيلا الذي سجلت له نسبة تقدر بـــ46.73%، هي للمبحوثين الذين كانت إجابتهم إنحصرت في إحتواء مسكنهم على عدد الأفراد السالف الذكر [5-7[أفراد، مقابل أصغر نسبة قدرت بـــ03.94%، للمبحوثين الذين كانوا يقيمون في نوع المسكن نفسه، والذي إحتوى على عدد من الأفراد في صنف [11 فأكثر[فرد.

وعموما يمكن إستخلاص من النتائج الإحصائية السالفة الذكر أن حجم الأفراد داخل المسكن الواحد الذي كانوا يقيمون فيه أفراد العينة، يبقى حجما كبيرا جدا في كل نوع من أنواع المساكن المقترحة ضمن الجدول، مع الزيادة أكثر بالنسبة لنوع المسكن القصديري، وهنا ينبغي الإشارة إلى عمليات الهجرة التي عرفها المجتمع الجزائري نحو المدن وإنتشار البناء القصديري، وهذا منذ سنوات التسعينيات أي منذ تدهور الظروف الأمنية والإجتماعية التي مست بالدرجة الأولى حركة السكان والسكن.

ومن خلال وجهة نظر المبحوثين فإن هذه المسألة السكنية إرتبطت إرتباطا وثيقا أيضا بأزمة السكن، ومما صرحوا به أيضا أن وجود هذا الحجم الكبير من الأفراد داخل المسكن الواحد، كان يضم في الغالب كل من الزوجين وأبنائهم أو الأب والأم وأبنائهما الكبار المتزوجين أو أحفادهما أو أولادهما العزاب أو البنات غير المتزوجات ...الخ، وغيرهم ممن تنشأ عادة بينهم وبين الزوجين مشكلة الغيرة، لهذا فإن معيشة هذا الحجم الكبير تحت سقف واحد لا يتسع حتى للراحة من متاعب الحياة اليومية، حتما ينشأ عنه سوء التفاهم الناتج في أغلب الحالات عن مراقبة بعضهما البعض على أبسط الأمور والسلوكيات المختلفة، وبخاصة من ذلك ما يرتبط بخصوصية حياة كل شخص وخصوصية الحياة الزوجية أكثر، الأمر الذي يساهم في الرفع من شدة الخلافات والضغوط المؤثرة على الصحة النفسية والجسمية، هذا بالتوازي مع وجود تأثير للضغوط الناتجة عن مشكلات المحيط الخارجي لمعيشة الأفراد، وتأثر الزوجين العاملين بالخصوص حين ينتظران التخفيف من تعبهما ومعاناتهما من المجهود اليومي داخل فضاء المسكن، غير أنهم لا يجدون سوى الضيق والتوتر والشجارات التي لا تقوى صحتهم على مقاومة ضغوطها.

ولمعرفة ما هو حجم الأسرة الذي تتمركز فيه الضغوطات الأسرية تم حساب متوسط عدد الأفراد في المسكن الأسري للمبحوثين وقد وجد أنه يقدر بـــ6أفراد، الأمر الذي يرفع إحتمال التصادم والتوتر بين أفراد الأسرة الواحدة، وبخاصة مع ضيق المسكن كما إتضح آنفا، أي عدم تناسب عدد غرف المسكن الأسري مع عدد الأفراد فيه .

جدول رقم (102): يبين نوع المسكن الأسري الذي كان يأوي المبحوثين قبل إصابتهم بالمرض المزمن وعلاقته بعدد الأفراد المتزوجين في نفس المسكن.

عدد الأفراد المتزوجين / نوع السكن	[لا يوجد متزوجين[	[2-1[	[4-3[	[5 متزوجين فأكثر[	المجمـــــوع
شقة	50 %25.91	115 %59.58	27 %13.99	01 %0.52	193 %100
فيلا	06 %05.61	44 %41.12	57 %53.27	- -	107 %100
بيت تقليدي	22 %20.76	48 %45.28	35 %33.02	01 %00.94	106 %100
بيت قصديري	14 %58.34	08 %33.33	02 %08.33	- -	24 %100
نوع آخر	02 %20	05 %50	03 %30	- -	10 %100
المجمـــــــوع	94 %21.37	220 %50.00	124 %28.18	02 %0.45	440 %100

إستكمالا لنتائج الجدول رقم(101) قد أبرزت نتائج هذا الجدول أي رقم (102)، أن هناك نسبة عالية قدرت بـــ50% من مجموع أفراد العينة، الذين صرحوا بوجود متزوجين يقيمون إلى جانبهم في نفس المسكن الواحد قبل إصابتهم بالمرض المزمن، ويتراوح عددهم ما بين [1-2[، وهذا بالمقارنة مع النسب المتبقية والمسجلة لعدد الأفراد المتزوجين في فئات أخرى داخل المسكن الواحد، حيث توزعت هذه الأخيـــرة كما يلي:نسبـــة 28.18% لفئـــــة [3-4[، نسبة 21.37% لفئة عدم المتزوجين، نسبة 0.45% لفئة [5 متزوجين فأكثر[.

وعند التمعن في نتائج علاقة نوع المسكن بتوزع عدد الأفراد المتزوجين، يظهر صنـــف[1-2[يتوزعون بأقصى نسبة تقدر بـــ59.58% للمبحوثين الذين كانوا يقيمون في مسكن من نوع شقة، مقابل أدنى نسبة قدرت بـــ0.52% لنوع المسكن نفسه، غير أنها تعود لصنف المبحوثين الذين صرحوا بـــ[5متزوجين فأكثر[، ويعزز موقف المبحوثين الذي إنحصر في صنف عدد الأفراد المتزوجين [1-2[بأقصى نسبة تقدر بـــ50% لمن كانوا يقيمون في مسكن من نوع آخر، مقابل ولا نسبة للذين كانوا يقيمون في نفس نوع المسكن، وكانت إجابتهم تنحصر في [5متزوجين فأكثر[، كما تم تسجيل نسبة تقدر بـــ45.28%، تمثل أيضا المبحوثين الذين صرحوا بوجود عدد الأفراد المتزوجين من فئة [1-2[وداخل

المسكن من نوع بيت تقليدي مقابل أصغر نسبة قدرت بـــ0.94% للمبحوثين الذين كانوا يقيمون في نفس نوع المسكن، غير أنه يحتوي على [5متزوجين فأكثر[.

وفي نفس السياق تم تسجيل نسبة تقدر بـــ41.12 %، تمثل المبحوثين الذين كانوا يقيمون في فيلا، ودعمت إجابتهم الموقف القائل بوجود عدد من المتزوجين من فئة [1- 2[، مقابل إنعدام النسبة في نفس نوعية المسكن للموقف القائل بوجود [5متزوجين فأكثر[، وأخيرا قدرت نسبة بـــ33.33%، تمثل المبحوثين الذين كانوا يقطنون في بيت قصديري، ودعمت إجابتهم الموقف الذي إنحصر في وجود عدد المتزوجين من صنف [1-2[، مقابل تسجيل ولا نسبة من نفس نوع المسكن للمبحوثين الذين صرحوا بوجود [5متزوجين فأكثر[.

وعموما يمكن إستنتاج أن وجود أعضاء متزوجين ضمن المسكن الواحد، قد طغى بين أفراد العينة وبشكل كبير ضمن المسكن من نوع شقة، الأمر الذي ترتب عنه مشكلات أخرى، إضافة إلى ضيق المسكن تتمثل في عدم تناسب مكان وجود المسكن _ حسب تصريح المبحوثين- غالبا ما يوجد هذا النوع من المساكن في أماكن بعيدة، كأواخر الأزقة التي لا تتوفر على إحتياجات الفرد الصحية، ولعل سكن عدد من المتزوجين ضمن هذا النوع من السكن، يزيد بدوره من تعقيد الإنعكاسات الناتجة عنه، والتي سيأتي التفصيل فيها لا حقا .

جدول رقم (103) : يبين سكن المبحوثين المتزوجين قبل إصابتهم بالمرض المزمن وعند زواجهم وعلاقة ذلك بإهتمام أسرهم بحل خلافاتهم ومشكلاتهم الزوجية والأسرية.

إهتمام الأسرة بحل الخلافات والمشكلات / سكن المبحوثين المتزوجين	نعم	لا	أحيانا	المجمـــــوع
مع أهل الزوج	26 %08.75	73 %24.58	198 %66.67	297 %100
مع أهل الزوجة	01 %20	01 %20	03 %60	05 %100
في مسكن مستقل	05 %07.04	03 %4.23	63 %88.73	71 %100
المجمـــــــــوع	32 %08.58	77 %20.64	264 %70.78	*373 %100

* ملاحظة : يمثل العدد 373 مجموع إجابات أفراد العينة المتزوجين فقط .

إن تشكيل هذا الجدول يهدف أساسا إلى معرفة حقيقتين هامتين: الأولى لأجل إثبات مدى تأثير أزمة السكن التي برزت في النتائج السالفة، وهل فرضت فعلا ظروف سكنية ومعيشية أكثر تعقيدا قبل إصابة المبحوثين بالمرض المزمن كالسكن مع الأهل، إلى جانب معرفة مدى بقاء أيضا رواسب التقاليد الإجتماعية والثقافية، التي تفرض على المتزوجين البقاء تحت سقف واحد، أما الحقيقة الثانية فتحمل بعدا إجتماعيا وثقافيا آخر يرتبط أساسا بمعرفة حضور الدعم والتكافل الإجتماعيين لحل الخلافات والمشكلات

الأسرية، وهذا بدوره مؤشر قوي وحقيقي يعبر عن مدى التخفيف من الضغوط الأسرية من ناحية، ومن ناحية أخرى مدى تأثير عمليات التغير الإجتماعي على مستوى النسق الصحي للأسرة الجزائرية .

ويتضح من خلال قراءة معطيات هذا الجدول أن النسبة البارزة فيه والملفتة للإنتباه تقدر بـــ70.78%، تمثل المبحوثين الذين كانت إجابتهم تنحصر حول التصريح بتدخل الأسرة أحيانا لتصفية الجو الأسري أو حل الخلافات والمشكلات الزوجية، وهذا مقارنة بنسبة تقدر بـــ20.46%، والتي تمثل المبحوثين الذين كانت إجابتهم تنحصر حول التصريح بعدم تدخل أسرهم لحل الخلافات والمشكلات الزوجية، وأيضا نسبة 8.58% هي للمبحوثين الذين تمحورت إجابتهم حول التصريح بحل الخلافات والمشكلات الزوجية والأسرية.

كما يلاحظ أيضا أن موقف المبحوثين القائل بتدخل أحيانا الأسرة لتصفية الجو وحل الخلافات والمشكلات الزوجية والأسرية قبل الإصابة بالمرض المزمن، قد تم تدعيمه بأعلى نسبة قدرت بـــ88.73% هي لمن كانوا يقيمون بعد زواجهم في مسكن مستقل مقابل أدنى نسبة قدرت بـــ04.23% لمن كان لهم نفس حالة السكن بعد الزواج، وإنحصر موقفهم في الرفض، أما بالنسبة للمبحوثين الذين سكنوا مع أهل الزوج فقد دعمت إجاباتهم الموقف السالف الذكر، وبنسبة معتبرة تقدر بـــ66.67%، مقابل أدنى نسبة لنفس حالة السكن والتي تقدر بـــ8.75% لمن صرحوا بإهتمام الأسرة بحل الخلافات والمشكلات الزواجية، وتبقى نسبة تقدر بـــ60% تمثل المبحوثين الذين صرحوا بالسكن مع أهل الزوجة يدعمون الموقف الأول، مقابل أصغر نسبة تقدر بـــ20% لحالة السكن نفسها تمثل موقف المبحوثين الذي تركز في التصريح بإهتمام أسرهم بحل خلافاتهم .

والذي تجدر الإشارة إليه أن هذه النسب البارزة والمسجلة لموقف المبحوثين الذي تركز حول القول بالتدخل أحيانا لأسر الأزواج لحل الخلافات والمشكلات الأسرية قبل إصابتهم بالمرض المزمن، وبخاصة ممن سكنوا في مسكن مستقل أن الأمر يؤكد فعلا ما تم طرحه آنفا، أو بمعنى آخر تعبر هذه النسب حقيقة عن الواقع المعيش للأفراد المتزوجين والذين يعيشون ضغوطا حياتية متعددة من خلال إقامتهم مع الأهل بعد الزواج، ويرجع السبب في ذلك عادة إلى أزمة السكن أو صعوبة الحصول على مسكن مستقل، والناتجة عن غلاء أسعار العقار وغلاء المعيشة أيضا في كل الحالات قد صرح المبحوثين بأن هناك أثرا بالغا على الصحة النفسية، حيث يرجع في أغلب الأحوال إلى الإحتكاك اليومي مع أعضاء الأسرة الذي ينشأ عنه التصادم، وخاصة بين الزوجة وأهل الزوج ويتولد عن ذلك تدخل الأهل في شؤون الزوجين الخاصة، وهذا يعني أن وقوع مثل هذه المشكلات كان يمثل أكثر المخاوف والضغوطات المحتملة مقارنة بأي شيء آخر في حياة المبحوثين حسب تصريحاتهم، الأمر الذي أدى في الوقت الحاضر إلى زيادة الرغبة أكثر لدى الأفراد المتزوجين الجدد في طلب مسكن مستقل من أجل تفادي التصادم في عديد من المواقف الإجتماعية، التي تؤدي إلى زرع الخلاف والمشكلات الأسرية الضاغطة على الصحة النفسية والجسمية .

وما يلاحظ أيضا أن هناك تغير في الأدوار والوظائف الأسرية في المجتمع الجزائري إرتبطت بشكل كبير مع تغير البناء الأسري في المجتماعات الحديثة، الأمر الذي أوجد صراعات أسرية جديدة لم تكن موجودة في السابق، بل أصبحت تمثل أحد أبرز العوامل المؤثرة في الوضع الإقتصادي الجديد للأسرة، حيث تراجع دور الأسرة الكبيرة عن مساعده أعضاء الأسرة الصغيرة المكونة من الزوجين عادة في حل مشكلاتها المختلفة وحتى وإن كانت تحت سقف واحد، وعندما تنفصل يكون غالبا الأمر أكثر تعقيدا، وهذا يعني تراجع الدعم الأسري الذي كانت تقدمه الأسرة في الماضي لأعضائها قد ساهم في رفع حدة الصراعات الأسرية والإجتماعية، والتي تشكل بدون شك ضغوطا جديدة تزامنت مع التغير الإجتماعي والثقافي الحاصل في المجتمع .

ولعل من الدراسات التي أثبتت مقدار تأثير الأحداث اليومية الضاغطة في إطار العلاقات الأسرية والزوجية تلك الدراسة التي قام بها " بيرلن وسكولر" سنة 1998 بمدينة شيكاقو الأمريكية، حيث توصلت هذه الدراسة إلى أن أحداث الوضع الزواجي أو الوضع الوالدي، أي المرتبط بالوالدين والمستوى المعيشي وخاصة المتكررة الحدوث بين أعضاء الأسرة بسبب عدم الرضا عن الزوج أو الزوجة، وتبادل الجدال والإحباط الناتج عن تقسيم الأدوار، ولعل الجانب الوالدي الذي يتمثل في إتباع سلوك الوالدين وعدم إتباع قيمهم وطموحهم وعدم الإهتمام بدورهم في الحياة، جميعها أحداث ضاغطة على الصحة.[1]

المطلب الخامس : حدود تأثير المستوى المعيشي على إنتشار الإصابة بالمرض المزمن

بما أنه برزت من خلال نتائج الجداول السالفة الذكر، أن هناك علاقة بين المستوى المعيشي والإقتصادي وتصريحات أفراد العينة التي توجهت نحو المساس بالعديد من مناحي الصحة النفسية والجسمية، وكل ما يساهم في إصابتهم بالأمراض المزمنة (قبل حدوثها)، التي يعانون منها كضغط الدم، داء السكري وأمراض القلب، فإنه يبقى من الضروري والمفيد جدا معرفة موقفهم الإجتماعي والنهائي لحقيقة تأثير ومساهمة مستواهم المعيشي في إصابتهم بهذه النوعية من الأمراض سواء، شعروا بذلك أو كان نتيجة حتمية أقر بها الطبيب عند لجؤهم إلى خدمات الطب، أو حتى من خلال إستجابتهم للأعراض المرضية، ولعل الدخل الشهري الأسري ونوع المسكن ومستواه الصحي يمثلان أحد أبرز العوامل، التي أثرت في مواقفهم تجاه حدود ونطاق مساهمة الوضعية المادية التي عايشوها أو تعرضوا لها قبل إصابتهم بالمرض المزمن.

كما أن للأطباء موقفهم تجاه قضية الوضع الإقتصادي الذي عاشه الفرد الجزائري، ولاحظوه هم أيضا كأطباء في حالات تفاعلهم مع المرضى، وإستجابتهم التي تتأثر غالبا بالإمكانيات المادية للشخص المريض، وأيضا كيف إرتبطت زيادة إنتشار هذه النوعية من الأمراض في المجتمع الجزائري خلال عقدين من الزمن بالوضعية الإقتصادية للمجتمع، ومن هنا تظهر محاولة هذه الدراسة في إبراز أكثر العلاقة الموجودة بين

[1] يعقوب يوسف الكندري، المرجع السابق، ص 242.

المستوى المعيشي للأفراد المحددة في مؤشري الدخل والسكن، ومعاناة هؤلاء من المرض المزمن، بالإضافة إلى ما قاله الأطباء في هذا الشأن ضمن مقابلات شخصية حتى يتم توسيع أكثر فهم هذه المشكلة الصحية .

جدول رقم (104) : يبين الدخل الشهري الأسري للمبحوثين وعلاقته برأيهم في مدى مساهمة المستوى المعيشي الذي كانوا يعيشونه قبل الإصابة بالمرض المزمن في إصابتهم به.

مدى مساهمة المستوى المعيشي في الإصابة بالمرض المزمن / الدخل الشهري الأسري	كليـــــا	جزئـــــيا	لم يساهم	المجمـــــوع
[أقل من 10.000دج]	64 %56.64	39 %34.51	10 %08.85	113 %100
[10.000-15.000دج]	43 %49.43	32 %36.78	12 %13.79	87 %100
[15.000-20.000دج]	20 %28.99	38 %55.07	11 %15.94	69 %100
[20.000-25.000دج]	12 %38.71	15 %48.39	04 %12.90	31 %100
[25.000-30.000دج]	04 %14.81	16 %59.26	07 %25.93	27 %100
[30.000دج فأكثر]	13 %11.51	55 %48.67	45 %39.82	113 %100
المجمـــــــــــــوع	156 %35.45	195 %44.32	89 %20.23	440 %100

مما تم التعرف عليه أن مستوى الوضعية المعيشية كانت لها إنعكاسات على الحالة الصحية لأفراد العينة قبل إصابتهم بالمرض المزمن، تمثلت في تفاوت إجابتهم حول حدود وجوانب كثيرة مست أو إرتبطت بما هو مادي من حياتهم اليومية، غير أنه من المهم جدا التأكيد أكثر على مستويات التأثير التي لا تخرج عن إطار ثلاث مستويات محددة لقياس ذلك سواء كان تأثيرا كليا أو جزئيا أو لم تساهم حالتهم المادية في إصابتهم بالمرض المزمن الذي يعانون منه، وما معطيات هذا الجدول إلا ملخص يزيد من تأكيد ما سبقت الإشارة إليه، حيث يظهر من نتائج هذا الأخير أن النسبة الغالبة التي قدرت بـــ44.32%، عادت للمبحوثين الذين كان موقفهم التصريح بأن مستواهم المعيشي قد ساهم بشكل جزئي في إصابتهم بالمرض المزمن، مقارنة بنسبة تقدر بـــ35.45% للمبحوثين الذين كان موقفهم التصريح بأن مستواهم المعيشي قد ساهم كليا في إصابتهم بالمرض مزمن، نسبة قدرت بـــ20.23% للمبحوثين الذين كان موقفهم القول بعدم مساهمة مستواهم المعيشي في إصابتهم بالمرض مزمن،إن الإتجاه العام للجدول الذي إتجه نحو موقف

المبحوثين القائل بالمساهمة الجزئية لوضعية المبحوثين المعيشية في إصابتهم بالمرض المزمن، قد تم تعزيزه بأعلى نسبة قدرت بـــ59.26% لذوي فئة الدخل الشهري الأسري المرتفع [25.000-30.000دج[، مقابل أدنى نسبة قدرت بـــ14.81% هي لذوي نفس فئة الدخل والقائلين بالمساهمة الكلية في إصابتهم بالمرض المزمن، وفي هذا السياق تظهر نسبة معتبرة تقدر بـــ48.67% هي للمبحوثين من ذوي فئة الدخل الشهري الأسري المرتفع [30.000دج فأكثر[، والذين تحدد موقفهم في المساهمة الجزئية لوضعيتهم المعيشية في إصابتهم بالمرض المزمن، مقابل أدنى نسبة قدرت بـــ11.51% للمبحوثين من نفس فئة الدخل، غير أنهم صرحوا بالمساهمة الكلية لوضعيتهم المعيشية في إصابتهم بالمرض المزمن، وبالإنتقال إلى النسبة العليا الأخرى المقدرة بـــ55.07%، يلاحظ أنها سجلت للمبحوثين من صنف الدخل الشهري الأسري المتوسط [15.000-20.000دج[، تمثل موقفهم في الإجابة على المساهمة الجزئية لمستواهم المعيشي في إصابتهم بالمرض المزمن، مقابل تسجيل أدنى نسبة قدرت بـــ15.94% هي للمبحوثين من صنف نفس الدخل، غير أنهم أجابوا بالنفي لوجود مساهمة مستواهم المعيشي في إصابتهم بالمرض المزمن.

ويبقى الموقف الســـالف الذكر معززا من طرف ذوي مستوى الدخل الشهري الأسري المتوسط [20.000-25.000دج[بنسبة تقدر بـــ48.39%، مقابل أصغر نسبة تقدر بـــ12.90% من صنف الدخل نفسه للمبحوثين الذين كان موقفهم معارض لمساهمة مستواهم المعيشي في إصابتهم بالمرض المزمن.

وفي الأخير يأتي موقف المبحوثين من ذوي فئة الدخل الشهري الأسري المنخفض [10.000-15.000[يسجل أعلى نسبة تقدر بـــ36.78%، وتنصب في المساهمة الجزئية لمستواهم المعيشي في إصابتهم بالمرض المزمن، مقابل تسجيل أضعف نسبة تقدر بـــ13.79% لنفس صنف الدخل، غير أن ذويه قاموا بنفي مساهمة مستواهم المعيشي في إصابتهم بالمرض المزمن، والملاحظة نفسها تدعم بنسبة تقدر بـــ34.51% هي للمبحوثين من ذوي فئة الدخل الشهري الأسري المنخفض [أقل من 10.000دج[، تمثل الذين إنصبت إجابتهم أيضا حول المساهمة الجزئية لمستواهم المعيشي في إصابتهم بالمرض المزمن، مقابل أضعف نسبة تقدر بـــ8.85% هي للمبحوثين من صنف الدخل نفسه والذين أجابوا بعدم مساهمة وضعهم المادي في إصابتهم بالمرض المزمن .

وعلى العموم يبدوا واضحا من خلال هذه النتائج الإحصائية، أن للظروف المعيشية أثر حتى ولو كان جزئيا على مستوى جميع أصناف الدخل الشهري الأسري في دعم الإصابة بالأمراض المزمنة التي يعاني منها أفراد العينة (الضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب)، وهذا ما تم إثباته من خلال النسبة العالية التي تجاوزت ثلث مجموع نسب مجتمع البحث، يضاف إلى ذلك النسبة المعتبرة والتي مثلت أكثر من الثلث أيضا من أفراد هذا المجتمع، الذين إعترفوا أن وضعيتهم المعيشية هي من كانت وراء إصابتهم بالمرض المزمن، وهذا ما صرح به بعض المرضى كقول هذا المريض " أيه قلت الشي ترشي وتنوض من وست الغاشي" وقول مريض آخر "واش تحب تشري ما تصيبش الدراهم وين تسكن كاين غير المرض كيف حبيتي ما نتقلقش وما يطلعليش السكر "، ويعكس هذا التعبير معاناة ذوي الدخول المنخفضة، أما بالنسبة لمن

يعيشون في مستوى الرفاه وأصيبوا بهذه الأمراض فقد صرح أحد المرضى قائلا "أنا الدراهم هما سبابي، كنت غير نشري ونأكل في اللحم حتى راني نعاني من القلب" وقال آخر "الدراهم هما سباب الفتنة والمشاكل مع دارنا وهما ليداروني لطانسيو والسكر "، وفي هذا الصدد فإن الظروف المعيشية تمثل عاملا هاما مختفيا أو كامنا وراء ما أصاب أفراد العينة بهذه النوعية من الأمراض المزمنة (الضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب)، ولو كانت مساهمته بشكل غير مباشر، فهو عامل يهيء المناخ العام -إن صح القول- لتغلغل المشكلات الحياتية الضاغطة والممارسات غير الصحية إذا لم يتم حسن توفيره أو توجيه صرفه، الأمر الذي لم يتحقق في أغلب الأحوال لدى مجتمع الدراسة، وللإشارة فإن الوضع الإقتصادي يرتبط إرتباطا وثيقا بعوامل أخرى إجتماعية وثقافية مما قد يزيد تأثيره أكثر على الوضعية الصحية النفسية والجمسية، كما هو الحال بالنسبة لتفاعله مع الحالة التعليمية وما يصاحبها من جهل وتدني المستوى الصحي والممارسات الغذائية السيئة وقلة الإنفاق على الرعاية الصحية وسوء توجيهها، أو عدم الإهتمام بجوانب الصحة والوقاية، من الأمراض المزمنة وبخاصة في حالات الدخول المرتفعة*[1]

ولإبراز درجة العلاقة الإرتباطية التي تجمع بين الدخل الشهري الأسري ورأي المبحوثين في مدى مساهمة وضعيتهم المادية أو مستواهم المعيشي في إصابتهم بالمرض المزمن تم حساب معامل الإرتباط كا^2 والذي يقدر بـــ81.20 (كا^2 المحسوبة) عند درجة الحرية 10 ومستوى الخطأ 0.05، في حين قدرت كا^2 الجدولية بـــ18.31، الأمر الذي يعني وجود دلالة إحصائية بين متغيرات الجدول .

جدول رقم (105) : يمثل نوع علاقات المبحوثين مع أعضاء المسكن الأسري الآخرين ودرجة تأثير ذلك على إصابتهم بالمرض المزمن قبل حدوثه.

نوع العلاقات السائدة مع أعضاء المسكن الأسري.	درجة التأثير	التكرار	المجمـــــوع
سيئـــــة	درجة تأثير قوية جدا	99	83.19
	درجة تأثير متوسطة	19	15.97
	بدون تأثير	01	0.84
المجمـــــــــــوع الجزئي		119	27.04 %100
متذبذبة		223	50.69
حسنة		98	22.27
المجمـــــــــــوع الكلي		440	100

* وللإطلاع أكثر على معلومات توضح هذه النتائج، أنظر المستوى المعيشي ودوره في إنتشار الإصابة بالأمراض المزمنة، المطلب السادس، الفصل الثالث من الباب الأول للدراسة النظرية .

يترتب عن المسكن الأسري الذي يحي فيه الفرد إضطرابا في العلاقات الأسرية قد تمثل مصدرا من مصادر ضغوط الحياة اليومية لأي سبب من الأسباب، كضيق المسكن وعدم تناسب عدد الغرف فيه مع عدد الأفراد وحتى تدني مستواه الصحي...الخ، كما أسفرت على ذلك نتائج هذه الدراسة، غير أن حدود تأثير هذه العلاقات المضطربة على صحة الشخص ومساهمتها في إصابته بالمرض المزمن قبل حدوثه، إلى جانب نمط شخصيته في كيفيات إستجاباته نحوها، قد يكون في مستوى أقوى أو درجة قوية من التأثير الناتج عن الضغوط الحياتية خاصة منها المستمرة والمتكررة، والتي قد يتعرض لها الفرد يوميا، كما قد يكون ذو درجة تأثير متوسطة أو قليلة على صحته، وربما يكون بدون تأثير إذا كانت مجرد إنفعالات عابرة ناتجة عن توتر علائقي عابرا أيضا، ولعل النتائج التي أثبتتها الدراسة من خلال بيانات هذا الجدول رقم (105)، والتي أظهرت أن نوع العلاقة السائدة والغالبة، التي كانت تجمع أفراد العينة قبل إصابتهم بالمرض المزمن مع ذويهم من أعضاء الأسرة تمثلت في العلاقة المتذبذبة، حيث سجلت أعلى نسبة قدرت بـــ50.69%، مقارنة بالنسبة المسجلة للعلاقة السيئة التي بلغت نسبتها 27.04%، في حين بقيت نسبة تقدر بـــ22.27% لنوع العلاقة الحسنة .

والذي تجدر الإشارة إليه أن هذه النسبة الغالبة قد جاءت تمثل منوال عينة الدراسة في مجملها، حيث قدر عدد المبحوثين الذين إنحصر موقفهم في الإجابة على نوع العلاقة المتذبذبة بـــ223 مبحوث، وتجاوزت نسبتهم النصف من مجموع النسب المسجلة في الجدول، وهذا يعني أن الوضعية السكنية وما ينجر عنها من تذبذب تمثل مصدرا لنشوب الصراعات بين أعضاء الأسرة، الأمر الذي صرح به المبحوثين، حيث مما قالوا هو أن الأوضاع السكنية المزرية كانت أهم أسباب هذا التوتر العلائقي .

ولعل النسبة المعتبرة والمقدرة بـــ83.19% لنوع العلاقة السيئة التي كانت سائدة بين أفراد العينة وأعضاء أسرهم لا يمكن تجاهل أو إغفال دورها، من حيث درجة التأثير القوية على صحة الأفراد النفسية والجسمية، والتي تعكس أيضا درجة التعرض للإنفعال والضغوط المعاشة ومساهمة ذلك في الإصابة بالمرض المزمن، وهذا بالمقارنة مع درجة التأثير المتوسطة التي مثلت هذا النوع من العلاقة والتي قدرت نسبتها بـــ15.97%، وكذلك الحال بالنسبة لتسجيل أضعف نسبة قدرت بـــ0.84% لدرجة التأثير المنعدمة، وهذا دليل آخر يشير إلى أن الإنفعالات وحالات القلق المستمرة، وكل ما ينجم عن ذلك من إضطراب في علاقات أعضاء المسكن الأسري يمثل أحد أبرز العوامل المرتبطة بالمستوى المعيشي، والذي يرفع إحتمال تعرض الأفراد للإصابة بهذه النوعية من الأمراض، بإعتبارها أمراضا سيكوسوماتية تتأثر أكثر من غيرها بهذا النوع من الضغوط الإجتماعية والإقتصادية والنفسية .

لقد أثبتت العديد من الدراسات أن الإضطرابات الأسرية، وبخاصة العلائقية منها تنعكس في شكل إضطرابات نفسية سلوكية وجسدية وتولد إحباطات وتوترات لدى الأفراد، وتعود غالبا هذه الإضطرابات إلى أسباب تتعلق بالوالدين وخلافتهما مع الأبناء، الأزواج وخلافهما مع بعضهما البعض ومع أعضاء الأسرة الآخرين وكل ما يثير المشكلات الحياتية الزوجية، عدم التكافئ الثقافي والإقتصادي والإجتماعي بين

أعضاء الأسرة، الطلاق، هجر الأسرة، مشكلات أخلاقية ناشئة عن التغير المفاجئ الذي لحق بحياة الأبناء الصغار، التضارب في إهتمامات الحياة، الضعف الجنسي، يضاف إلى ذلك تبعات عمل المرأة التي تتبعها إلى المسكن الأسري (نرفزة، تعصيب، مشكلات مهنية، تعب يومي ...إلخ).

ولعل دراسات الباحثين "كوغلر وبريل" قد أبرزت جوانب مهمة من هذه الإضطرابات الأسرية، وتوصلت إلى أنها تعتبر أهم معوق في عمليات التنشئة وتحطيم قدرة الفرد في الإندماج الإجتماعي ومعاناته من الأمراض.[1]

إن سوء العلاقات وعدم التوافق الذي يسود في الوسط الأسري يساهم بطريقة غير مباشرة في تدهور صحة الفرد وتعريضه أكثر لمثل هذه الحالات والمواقف الأسرية الحرجة والمتكررة والمستمرة التأثير غالبا، ولعل كثرة عدد الأفراد داخل المسكن وتداخل علاقتهم، إلى جانب تداخل الضغوطات من الداخل والخارج، يؤدي هذا الأمر إلى إضعاف بنية الأسرة، تماسكها وتضامنها الإجتماعي الذي كان سائد سابقا وإضطراب روابطها مما يتسبب أيضا في فشل علاقتها.

وفي محاولة لإثبات الإرتباط بين نوعية العلاقات السائدة للمبحوثين قبل إصابتهم بالمرض المزمن مع أعضاء المسكن الأسري ودرجة تأثير حالة العلاقة السيئة، قد تمت عملية حساب معامل الإرتباط كا^2 الذي قدرت له من جهة كا^2 المحسوبة بـــ349.72، عند درجة الحرية 04 ومستوى الخطأ 0.05، وقدرت له من جهة أخرى كا^2 المجدولة بـــ09.48، وهذا يعني وجود دلالة إحصائية بين هذين المتغيرين السالفين الذكر.

وما يدعم موقف المبحوثين حول حدود مساهمة المستوى المعيشي في الصحة والإصابة بالأمراض المزمنة كالضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب هو موقف الأطباء المتخصصين في علاج هذه النوعية من الأمراض والعلاقة التفاعلية التي تجمعهم مع المرضى يوميا، وفي هذا الشأن من خلال مقابلة البعض منهم والذين صرحوا بأن هناك الكثير من الأفراد الذين عالجوا إصابتهم بالأمراض العصرية المزمنة كالضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب، تم إكتشاف أنهم تعرضوا للضغوط المعيشية التي خلفها إقتصاد السوق وإرتفاع الأسعار والتضخم- فحسب رأيهم- فإن الدخل المتدني و المسكن الضيق وكثر أفراد الأسرة دون عمل، تعد من العوامل ذات التأثير السلبي على الصحة النفسية والإجتماعية والعضوية للأفراد، ولا شك -كما صرح أحد الأطباء- أن هناك عوامل كثيرة وراء المستوى المعيشي تؤثر في الصحة والإصابة بهذه النوعية من الأمراض، منها ما هو ثقافي متعلق بالوعي الصحي، وكذلك خدماتي أي مدى توفر الخدمات الصحية، ونصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي للمجتمع.

يضاف إلى ذلك العلاقة التي تربط الغذاء بالراتب الشهري والمدخول الأسري، ففي الغالب ما تكون وفرة المال عامل يساعد الفرد على إقتناء المنتجات الغذائية الدسمة بوجه الخصوص وبسهولة.

[1] جليل وديع شكور، المرجع السابق، ص 30.

إستنتاج الفرضية الثالثة :

إنطلاقا من معالجة بيانات الفرضية الثالثة التي إرتبط هدفها في هذه الدراسة بمعرفة حدود تأثير المستوى المعيشي في إنتشار الإصابة بالأمراض المزمنة، وبخاصة في مدى مساهمة الدخل الشهري الأسري في حالة الإنخفاض وما ينتج عنه من سوء التغذية، وإزدياد في شدة الضغوط الحياتية، وكذلك الحال في حالة الإرتفاع حيث يسهم في التقليل من المجهود العضلي من خلال إمكانية توفير وسائل الراحة، كما يساعد على الإسراف أكثر في المأكولات والمشروبات ذات التأثير الكبير في الإصابة بالأمراض المزمنة محل الدراسة كضغط الدم، داء السكري وأمراض القلب، وعلى هذا الأساس يمكن توضيح بشكل مفصل أهم النتائج فيما يلي :

إن الدخل الشهري الأسري في كلتا حالتي الفقر الشديد والرفاه -حسب نتائج جداول الفرضية- يعتبر عامل هام لعب دورا بارزا في بلورت قرارات وتصريحات المرضى المستجوبين، حول وضعيتهم المادية قبل إصابتهم بالمرض المزمن، ومدى مساهمة هذا المستوى من المعيشة في معاناتهم وإصاباتهم المرضية، حيث لوحظ أن هذه النوعية من الأمراض قد توزعت عموما بالتوازي من خلال تقييم المرضى للدخول الشهرية الأسرية، والتي برز ميلها أكثر نحو الإنخفاض والإرتفاع الشديدين، وهذا مؤشر سوسيو-إقتصادي قوي يبدو أنه عمل عمله على تدهور الحالة الصحية وإلحاق الإصابة بهذه الأمراض المزمنة، إذ في هذا الصدد تم تسجيل نسب عالية مثلت مدخول أفراد العينة المنخفض والمرتفع على حد سواء، الأمر الذي سمح بإكتشاف حقيقتين هامتين، تتمثل الحقيقة الأولى فيما صرح به أفراد العينة الذين كانوا يعانون من قلة دخولهم الشهرية الأسرية، والتي لم تكن تتعدى حتى الأجر القاعدي، الذي يتلقاه أي موظف في وظيفة عمومية، وهذا ما يفسر عدم تناسب هذا المستوى الإقتصادي أو الوضع المعيشي مع متطلبات حياة الأسر الضرورية، الأمر الذي يدفع بالفاعلين في نسق الأسرة إلى الوقوع في ممارسات غير صحية، كسوء التغذية بإعتبار أن الدخل الشهري الأسري المنخفض لا يمكن من خلاله توفير إلا الأطعمة ذات الأسعار المنخفضة، وهذه الأخيرة –حسب تصريح المبحوثين- في المجتمع الجزائري غالبا ما تكون أطعمة دسمة وحتى مسمنة أحيانا (عجائن أو فطائر)، كما قد تكون فقيرة من عناصر غذائية أساسية كالفيتامينات، الأمر الذي جعل صحة هؤلاء عرضة للإصابة بالمرض المزمن، وهذا إلى جانب إفراز مشكلات مادية فرضت ضغوطات حياتية أثرت سلبا على صحتهم وكانت من بين مسببات مرضهم أيضا .

أما بالنسبة للحقيقة الثانية فهي لا تخرج عن نطاق ما هو شائع في الأدبيات الطبية والإجتماعية حول إنتشار هذه النوعية من الأمراض المزمنة بين الأغنياء (تسمى بأمراض الأغنياء وأمراض التخمة)، وهذا ما توافق مع تصريحات شريحة الذين توفر لديهم قسط معتبر من المال، وفتح لهم الباب على مصرعيه للإسراف في توفير كميات كبيرة لجميع أنواع الأغذية الكربوهيدراتية والمشبعة بالدهون، أي الأغذية المسمنة وحتى المشروبات الحاوية على نسب عالية من السكريات، وهذه جميعها مسببات لها علاقة مباشرة بالإصابة بهذه الأمراض المزمنة قيد الدراسة، ضف إلى ذلك إمتلاكهم للوسائل التي تقلل من الحركة والتنقل في حياتهم

اليومية، وحتى داخل المسكن، وعلى هذا الأساس فإنه تم إكتشاف هذه المتغيرات التي تعكس الممارسات غير الصحية ترتبط بدورها بمختلف شرائح المجتمع، غير أنها برزت أكثر من خلال نتائج هذه الدراسة بين شريحتي الفقراء والأغنياء، وضمن العلاقة الطردية التي تعني أن إنخفاض أو إرتفاع المستوى المعيشي بشكل كبير يعني زيادة إحتمال المساهمة أكثر في الإصابة بهذه الأمراض المزمنة(ضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب) .

ومن النتائج الهامة المتوصل إليها في هذا السياق أن للأوضاع المادية والاقتصادية دور في بلورت الممارسات الصحية والوقائية، والإهتمام بتوفير السلع والخدمات الضرورية للصحة الجيدة والتي تقي أو تخفف من حدة الإصابة بهذا النوع من الأمراض المزمنة والعكس صحيح في هذا الشأن، وهذا إعتمادا على مؤشر الدخل الشهري الذي يمثل عمود الطبقة الاجتماعية التي ينتمي إليها الفرد وأسرته على حد سواء، حيث لوحظ أن معظم أفراد العينة بغض النظر عن تدرجهم الإجتماعي لم تهتم أسرهم بتوفير السلع والخدمات الضرورية لحماية صحتهم من خطر المرض المزمن، غير أن الأمر يزداد حدة بين الذين إنخفض دخلهم الشهري الأسري، وهذا يعني أن إنخفاض الدخل كان سببا في الإنقاص من إهتمام القائمين على توفير حاجيات الأسرة الصحية والوقائية، وفي المقابل فإن وفرة المال ترفع من إهتمام الأسرة بهذه المتطلبات الصحية والوقائية، الأمر الذي برز في شكل علاقة قوية ضمن نتائج هذه الفرضية، إذا فالعامل الإقتصادي يقف غالبا كعائق أمام الوصول إلى مستويات صحية ووقائية جيدة، بإعتبار أن الأفراد يسلكون سلوكيات تجاه قضية الإهتمام بالصحة والوقاية من الأمراض المزمنة تبعا لإمكانياتهم المادية، ومما يؤكد ذلك على سبيل المثال أن أبناء الطبقات الإجتماعية الفقيرة لا يلجؤن إلى العمليات العلاجية إلا في الحالات المرضية الخطيرة، فهم عكس أبناء الطبقات الإجتماعية الغنية الذين يعرفون بسرعة اللجوء إلى العلاج والإستشفاء هذا من جهة، ومن جهة أخرى حتى الوفرة المادية لم توجه في غالب الأحوال نحو الإهتمام بمتطلبات الصحة الجيدة والوقاية من المرض المزمن، لأن الصحة لا تعني مجرد وفرة المال أو إستغلاله وقت المرض فقط، بل هناك أهم من ذلك وهو مستوى الوعي الصحي الوقائي، والإدراك الجيد للتحكم الرشيد في الصرف على متطلبات الصحة الجيدة والتي تقي من الإصابة بالمرض المزمن، الأمر الذي تم إكتشافه في إطار معرفة الممارسات التي إنحصرت في شكل سلع وخدمات صحية وقائية ضرورية من مأكل وملبس ومسكن ومصاريف إحتياطية، وما إلى ذلك من الضروريات الأخرى، غير أن الإهتمام الكبير والبارز عاد وتركز في توفير المواد الغذائية أو الغذاء، والذي أولى له الأولوية أفراد العينة عند جميع المستويات المعيشية والطبقية، مع ميلهم إلى هذا العنصر أكثر كلما إنخفض الدخل الشهري الأسري، ولعل جعل الشغل الشاغل للغذاء بالنسبة لتوفيره من طرف هؤلاء هو ما أدى إلى صرف الإهتمام عن المطالب الأخرى الصحية والوقائية (حتى وإن كانت هذه الأطعمة غير صحية أي مسمنة)، ومنه يتضح أن التغذية كسلعة ضرورية للصحة الجيدة باتت تمثل مشكلة أساسية إلى جانب المشكلة الأمنية في المجتمع الجزائري منذ عقدين من الزمن، لأن التغذية وما يرتبط بها من ممارسات صحية، وكذا الحالة الأمنية للمجتمع هي نواحي صحية تتطلب الإهتمام الكافي، الذي يمكن إذا

ما أريد تطبيق التدابير الوقائية التي تخفف من حدة إنتشار الأمراض المزمنة في المجتمع كضغط الدم، داء السكري وأمراض القلب .

إن التدرج الإجتماعي قد برز في وضعية القوة من حيث التأثير على الممارسات الصحية بين الأفراد على الرغم من وجود إرادة لدى البعض منهم للإهتمام بنواحي صحية معنية، كمحاولة تحقيق الإدخار، هذا الأخير الذي إرتبط كحاجة لم يستطيعوا الوصول إلى تحقيقها، نظرا لمحدودية إمكانية الأسرة المادية، لأن أمر الإدخار يمثل بدوره دعما إقتصاديا وإجتماعيا ونفسيا، وعدم تحقيقه يعني نقص الإطمئنان والراحة النفسية والجسدية تجاه المصاريف غير المتوقعة، ولعل من أهم أسباب ذلك هو النمط الإستهلاكي غير المنتظم الذي ظهر خلال سنوات الثمانينيات والتسعينيات في المجتمع الجزائري والذي خلق فكرة الندرة للسلع والخدمات الضرورية والصحية في ذهنية الفرد الجزائري .

وبشكل عام قد أفرز التدرج الإجتماعي آثار إجتماعية وإقتصادية قد عانى منها الذين ينتمون إلى الفئة الإجتماعية الدنيا وحتى الوسطى، بإعتبار أن زيادة ظاهرة الفقر في المجتمع الجزائري أصبحت تطال شريحة الفئة الإجتماعية الوسطى التي هوت إلى طبقة الفقراء، وخرجت من دائرة الإستثمار في مجال الرعاية الإجتماعية والصحية، أما الذين ينتمون إلى الفئة الإجتماعية ذات المستوى المعيشي المعتبر، فقد إزدادت ثراءا في ظل الظروف السوسيو-إقتصادية المتدهورة.

إن آثار الوضعية المادية على صحة أفراد العينة من حيث مساهمتها في إصابتهم بالمرض المزمن، لم تكن محدودة المدى بل كانت ذات آثار طويلة المدى، حيث خلفت مشكلات مادية عديدة، قد إرتبطت بالدخل الشهري الأسري، من أهمها مشكلة التكفل المادي من حيث المساهمة أكثر في الدخل الشهري الأسري، وكذا تسيير الميزانية الأسرية، الأمر الذي عاد إلى الزوج كعضو فاعل ضمن أعضاء الأسرة غالبا، والذي تحمل مختلف الضغوطات الناتجة عن هذه المسؤولية الإجتماعية، وهذا يعني أن ضعف شبكة الدعم الإجتماعي والأسري لعب دورا في تدهور الحالة الصحية للزوج، كما إتضح أن هناك مشكلات أسرية تحدث حول المصاريف المترلية قد إتفق على التصريح بها معظم المبحوثين، وبخاصة من ذوي فئة الدخل الشهري الأسري المنخفض، وذلك بسبب تعارض أو تضاد المطالب وتحقيق الحاجات بين أعضاء الأسرة هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى تعدد هذه المطالب والحاجات الحياتية من مسكن ومأكل ومشرب وملبس...الخ، قد يزيد من صعوبة الوصول إليها، وعدم الوصول هذا يولد الشعور بالقلق الشديد والإحباط ومختلف الضغوط اليومية .

ولعل أهم مشكلة مادية عانى منها المبحوثين هي أزمة السكن خصوصا بين ذوي فئتي الدخل المنخفض والمتوسط، ويعود السبب في ذلك إلى الإختلال في الصرف الذي تتعرض له ميزانية الأسرة بين توفير متطلبات العيش كالمأكل والملبس والمشرب والتعليم من جهة، وتوفير المسكن من جهة ثانية، وقد يكون غير صحيا وفي منطقة سكنية رديئة، الأمر الذي يزيد من تعقيد الوضع الصحي ويرفع من شدة

الضغوط الحياتية، يضاف إلى ذلك الضغوط التي صرح بها المبحوثين، التي ترتبت عن إستلاف مبالغ مالية كبيرة أو الصراعات التي أفرزتها وفرة المال بين أعضاء الأسرة ...الخ .

وفي هذا السياق برزت مشكلات الوضع السكني العلائقية وما نتج عنها من تبعات مؤثرة في صحة المبحوثين كإضطراب العلاقات الأسرية الدائم، حيث لوحظ أن أغلب المبحوثين كانوا يقيمون بصفة ملكية جماعية أو مشتركة، وفي فضاء سكني ضيق، ويأوي عددا معتبرا من الأفراد وبخاصة المتزوجين منهم، فغالبا لم يكن يتسع حتى للراحة من التعب اليومي، الأمر الذي زاد من تعرضهم للضغوط اليومية أكثر.

ومما يبدو أن الحياة الإقتصادية والإجتماعية التي عاشها أفراد مجتمع البحث قد ساهمت بجزء كبير في إصابتهم بالأمراض المزمنة التي يعانون منها (ضغط الدم، السكري وأمراض القلب)، وهذه حقيقة أخرى قد تأكدت من خلال موقفهم النهائي الذي برز في تصريحاتهم بأن وضعيتهم الصحية قبل إصابتهم بالمرض المزمن، قد تأثرت إلى حد بعيد بظروف مادية كانت قد إرتبطت أساسا بحالتي الفقر والغنى، وما صاحبهما من ممارسات غير صحية أفرزت بدورها آثار سلبية على سير حياتهم اليومية، حيث تنطوي مجملها تحت نطاق عامل المستوى المعيشي الذي تبدوا تأثيراته الخفية من وراء زيادة إحتمال الإصابة بهذه النوعية من الأمراض المزمنة، فهذا العامل هو من يهيء البيئة لتغلغل مشكلات الحياة الضاغطة والتصرفات غير الصحية، ويتعدى تأثير هذا العامل إلى نواحي تمثل صمام أمان لكل سبل الوقاية من الإصابة بهذه الأمراض المزمنة، وهي الناحية التعليمية فغالبا ما يتفاعل هذا الأخير مع الجهل بقواعد الصحة والوقاية العامة.

وبهذا يمكن القول أن مسألة التخفيف من حدة الإصابة بالأمراض المزمنة كالضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب هي مسألة في غاية الأهمية، تستوجب تقصي جميع الظروف السوسيو-إقتصادية المؤهبة لحدوثها في البيئة الأسرية والإجتماعية، نظرا لحتمية التعرض لمثل هذه الظروف غير الصحية .

وهكذا ومن خلال عرض هذه الممارسات غير صحية المرتبطة بالمستوى المعيشي والمساهمة في الإصابة بهذه النوعية من الأمراض المزمنة، يمكن القول أن الفرضية الثالثة قد تحققت من خلال عدة مؤشرات، إرتبطت أساسا بالأوضاع المادية والإقتصادية، كما هو الحال بالنسبة لمؤشري الفقر والغنى المنحصرين في الدخل المنخفض والمرتفع وما إرتبط بهما من ممارسات غير صحية، أهم مشكلات الدخل الشهري الأسري المرتبطة بالضغوط الإجتماعية والنفسية، الطبقة الإجتماعية وعلاقتها بمدى إهتمام الأفراد والأسر بالسلع والخدمات الضرورية للصحة الجيدة والوقاية من المرض المزمن، أهم مشكلات المسكن الأسري العلائقية، فهذه جميعها مؤشرات قوية ساهمت ولو جزئيا منفردة أو مجتمعة في إصابة الأفراد بمرض الضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب .

الفصل التاسع:
الحدث الإجتماعي الأليم وتأثيراته في إنتشار الضغط الدموي والسكري والقلب

- **تمهيد**

المطلب الأول : الحدث السوسيو – أمني الأليم وإنعكاساته على إنتشار الإصابة بالمرض المزمن .

المطلب الثاني : حدثي الهجرة والتغير في العمل المفاجئين وآثارهما على إنتشار الإصابة بالمرض .

المطلب الثالث : الحدث الأسري الأليم وعلاقته بإنتشار الإصابة بالمرض المزمن .

المطلب الرابع :نطاق مساهمة الأحداث الإجتماعية والأسرية الأليمة في إنتشار الإصابة بالمرض المزمن

- **إستنتاج الفرضية الرابعة**

تمهيد :

إن المجتمع الجزائري كغيره من المجتمعات يعيش حالة من التغير الإجتماعي المستمر، مما أحدث تبدلات في نمط الحياة، وقد يعجز مقاومة المكونات النفسية والجسمية للأفراد، خاصة وأنه أصبح من البديهي أن صحة الفرد صارت تمثل معرفيا كل متكامل تتفاعل عناصر شخصيته الأربعة الإجتماعية، النفسية، البيولوجية والعقلية، ما دام هذا الفرد كائن يعيش في مجتمع إنساني وفي بيئة أسرية وإجتماعية، يتأثر ويؤثر في جميع الأحداث الإجتماعية التي يعيشها، ومن ثم أي حدث إجتماعي قد يؤدي إلى إضطراب في إحدى هذه العناصر، وهذا الإضطراب يؤدي إلى إضطراب عناصر أخرى وهكذا .

إن العلاقة بين هذه الأحداث الإجتماعية وبخاصة منها الأليمة وذات التأثير المستمر وبين الأمراض المزمنة كضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب قد تكون تبادلية فهذا النوع من الأمراض قد ينتج عن ضغوط وآلام الحياة اليومية، ما دام هي أمراض معروف عنها أنها تتأثر إلى حد كبير بالإنفعالات والضغوط الشديدة، وكل ما يمس بحياة الفرد الإجتماعية النفسية والجسدية، ولعل المرض نفسه يقود إلى مزيد من ضغوط الحياة...الخ، والحقيقة التي لا بد من التطرق إليها أن الفرد في المجتمع الجزائري قد عانى الكثير وعايش العديد من الأحداث والأزمات والصدمات الإجتماعية والنفسية الأليمة والضاغطة، ومعايشته لظاهرة تعد أكثر خطورة على صحته كفرد وعلى الأسرة والمجتمع هي العنف بمختلف أشكاله، والعنف الإرهابي خصوصا كمؤشر قوي لمعرفة العلاقة بين الظاهرتين، أي الحياة الإجتماعية للمجتمع الجزائري والمستوى الصحي الذي ينعكس في صورة إنتشار أمراض العصر المزمنة، ولعل الكثير من حالات الإصابة بهذه الأمراض التي يعاني منها اليوم الفرد في المجتمع الجزائري، هي من صنع أحداث المجتمع وبالطبع من صنع يدي الفرد فيه أيضا، ومن آثار سلوكياته وعاداته وممارساته غير الصحية في البيئة التي يعيش فيها، وربما من نتائج معاملاته مع نفسه، ومع الآخرين ومع مواقف حياته الإجتماعية وما يؤثر فيها من أحداث أسرية (وفاة، طلاق، هجرة، تغير في العمل، أو نشاط ...الخ).

فمن هذه الأسباب ما يعني هذا الفصل من هذه الدراسة لتمكين الفرد على الأقل من توقي هذه الأمراض العصرية المزمنة وعلى الأقل لمعرفة درجة تأثير هذه الأحداث الإجتماعية والأسرية ومن أهمها العنف، وكذلك إدراكه ما عليها من تبعات صحية نحو نفسه ونحو أسرته ونحو المجتمع الذي ينتمي إليه .

المطلب الأول :الحدث السوسيو – أمني الأليم وإنعكاساته على إنتشار الإصابة بالمرض المزمن .

يساهم الإقتراب من الحدث السوسيو- أمني الذي عايشه الفرد في المجتمع الجزائري منذ نهاية الثمانينات وبداية التسعينيات، بشكل كبير في معرفة خبايا هذه الظروف الصعبة والمقلقة، التي إلتصقت بظواهر وأحداث مختلفة كالعنف والإرهاب والتهميش والتطرف والإنعزال، وما إلى ذلك. ولعل الإختلال الإجتماعي الذي حدث في البناء الطبقي في المجتمع الجزائري بعد سنة 1978 مرورا بأحداث 1988 إلى غاية سنوات التسعينيات وحتى ما بعدها قد زاد في الهوة بين فئات وطبقات المجتمع، الأمر الذي أرسى ظاهرة الإرهاب طيلة عشرية من الزمن (عشرية سوداء)، كما تم إرساء علاقة الفقر بالعنف، يضاف إلى ذلك تأثير العامل السياسي الذي أفقد المجتمع توازنه الإجتماعي، ولقد مثلت أحداث كالفقر والعنف والإرهاب أخطر الظواهر التي زعزعت بناء المجتمع وأفرزت ظروف صحية متردية جدا، وهذه كلها عوامل ولدت آلاما وضغوطا إجتماعية ونفسية، وأثرت سلبا في إستقرار حياة الفرد الجزائري وتسببت في الخوف الشديد، التوتر الدائم، الإنفعال، الغضب والقلق الحاد ...الخ، والحقيقة أن هذه الحالات المؤثرة لازمت الفرد الجزائري لفترات زمنية طويلة، الأمر الذي إنعكس في شكل المعاناة من الأمراض النفسية والعضوية، وذات التأثر بمثل هذه الظروف الصعبة كضغط الدم، السكري والقلب .

جدول رقم (106) : يبين معايشة المبحوثين قبل إصابتهم بالمرض المزمن لحدث إجتماعي-أمني أليم ونوع الحدث المعيش .

معايشة الحدث	نوع الحدث المعيش	التكـــــرار	النسبة %
نعم	حدث الصراع	18	5.75
	حدث العنف أوالإعتداء	68	21.73
	حدث التطرف أو الإنعزال	55	17.57
	حدث الفراغ الكبير	61	19.49
	حدث الإرهاب أو الإقتال	101	32.27
	حدث آخر *	10	3.19
المجمـــــــــــوع الجزئي		313	71.14 % 100
لا		127	28.86
المجمـــــــــــوع الكلي		440	% 100

* ملاحظة: حدث آخر تمثل في التعرض من قبل الغير للشتم، الإهانة، العتاب واللوم الشديد، العقاب .

إن التمعن في نتائج الجدول رقم (106) الذي يمثل مدى معايشة المبحوثين قبل إصابتهم بالمرض المزمن لحدث إجتماعي-أمني ونوع الحدث، يكشف أن حدث الإرهاب أو الإقتال قد إحتل المرتبة الأولى وبنسبة تقدر بـــ32.27% من مجموع إجابات المبحوثين، التي إنحصرت في موقفهم المؤيد لمعايشتهم لحدث إجتماعي وأمني في المجتمع الجزائري، والذي بلغت نسبته 71.14%، وفي المقابل فإن الأحداث المتبقية تفاوتت نسبها المسجلة لنفس هذا الموقف (المؤيد)، حيث قدرت نسبة 21.73%هي لحدث العنف أو الإعتداء، نسبة 19.49% هي لحدث الفراغ الكبير، نسبة 17.57% لحدث التطرف أو الإنعزال، نسبة 5.75% لحدث الصراع، وأخيرا نسبة 3.19% لأحدث إجتماعية وأمنية أخرى، أما بالنسبة لموقف المبحوثين المعارض لمعايشة حدث إجتماعي وأمني، فلم يسجل سوى نسبة 28.86% من مجموع الإجابات الكلية .

إن الأرقام ودلالاتها السوسيولوجية الواردة في هذا الجدول بإمكانها التعبير عن نفسها عندما أبرزت معانات أفراد العينة من الأحداث الإجتماعية والأمنية، والتي سادت في المجتمع الجزائري لعشرية كاملة وإستمرت إنعكاساتها سنوات بعد نهاية التسعينيات، ولعل تصريحات المبحوثين حول معايشتهم لهذه الأحداث تحمل أكثر من دلالة أيضا، حيث إتفق غالبيتهم على المقولات التالية:" عشر سنين بركات" "العشرية السوداء هي اللي درتنا القلقة والخوف"، " العشرية السوداء هي اللي طلعتلنا السكر وla tention" " اللي عاش وقت الإرهاب يبقى في الذاكرة محال ينسى"، وهذا يعني أن آثار هذه العشرية السوداء المملوءة بالعنف والخوف والقلق ...الخ، لم تكن بسيطة من حيث المساهمة في الإصابة بالأمراض النفسية والعضوية، وإنما كانت ولزالت بعيدة المدى في تأثيراتها، حيث صرح البعض الآخر من المبحوثين بالقول أن عملية العيش والحياة أصبحت شبه مستحيلة "ومن ذلك" "ماطمعناش نزيدو نعيشوا"." الخوف والموت في كل مكان"، "كل يوم نخافوا من اليوم التالي" " فقدنا الأمل في الحياة". وهذا ناهيك عن تدهور الظروف المعيشية والإقتصادية وتراجع معدلات الإنفاق في مجالات الصحة، التعليم، التشغيل والسكان وما إلى ذلك.

والحقيقة التي لابد من الإشارة إليها هي أن الفرد الجزائري قد عرف أشكال مختلف من الإرهاب في ظل الإستعمار، لكن الإرهاب الحالي والذي عايشه الفرد الجزائري خلال سنوات التسعينيات خاصة قد فاق كل التصورات، حيث أصبح ظاهرة مقلقة في كل زمان ومكان (في وسائل النقل، في المسكن، في المطاعم ...) ويستهدف أي كان دون تحديد، لذلك إنتشر عالميا وأصبح يعرف بالظاهرة التي ليس لها هوية وأصبح يعرف الإرهاب العام والخاص، غير أن مفهوم الإرهاب الإبستمولوجي لا يعني إستعمال القوة والعنف فقط، وإنما هو محدد بخصوصية هذه الظاهرة، والأكثر من ذلك هو محدد من حيث الهدف الذي يعني" إستخدام القوة والعنف لخلق جو من العنف والرعب والترويع والذعر بين أكبر عدد من الأشخاص المدنيين، والمقصود ليس فقط الضحايا لأنهم قد يكونون أبرياء، بل المقصود هو الوصول إلى خلق حالة من الهلع والذعر وليس بالضرورة تحقيق هدف معين".[1] ومن هنا كان طرح جزء من هذه الدراسة يدور حول سوسيولوجية العنف والإرهاب كحدث إجتماعي وأمني أفرز صراعا سياسيا، إجتماعيا، دينيا، وخلق نوع

[1] بلقاسم سلاطنية، سامية حمدي، المرجع السابق، ص 154.

من الفوضى والأنوميا دامت طيلة عشر سنوات، لوحظ خلالها إستخدام كل أنواع صور الصراع المادي الدموي وجميع أدوات البطش والدمار التي يمتلكها كل طرف، وفي هذا الصدد لا يمكن إغفال الأسباب المتعددة التي ساهمت في إنتشار العنف والإرهاب والفقر في المجتمع الجزائري، خلال هذه الفترات من الزمن ويعتبر العامل التاريخي السابق إرثا تقليديا عن المستعمر (بكسر الميم)، كالبداية لزرع بذور العنف وإستمراره في المجتمع الجزائري، لذلك فبروز أزمة الهوية تعتبر إحدى المسائل الأساسية التي تغذت منها الأزمات الأمنية والإجتماعية التي مست أفراد المجتمع، ولازالت تتغذى منها الأزمة الراهنة، فبعدما تم إستخدام الهوية كأداة لمقاومة المستعمر، ثم كأداة لشرعنة الدولة وفئات الحكم، ثم جاء دور إستخدامها للثأر والعنف وبصورة أكثر تحديد الإرهاب.

ولا يخفى على أحد أن الإستعمار الفرنسي قام منذ دخوله إلى المجتمع الجزائري بتشويه الهوية الثقافية للفرد، مما أدى إلى ظهور جمعيات حاولت المحافظة على الهوية العربية الإسلامية والجزائرية، ومن ذلك جمعية العلماء المسلمين، التي حاربت الإستعمار بشتى الطرق (في المساجد، في المدارس...الخ).

إن المستعمر (بكسر الميم) لم يكن مجرد ضغوط خارجية لفرض اللغة والقيم الجديدة، وإنما كان يمثل منظومة ضاغطة لزرع الإنقسام في المجتمع وخلق مجموعة من الأفراد تحمل لغة وثقافة فرنسية، وهكذا فقدت اللغة العربية مكانتها وإمتزجت مع اللغة الفرنسية في مجالات الإدارة والحكم والإتصالات، ويبدو أن هذا السلاح كان فعالا أثناء الإستعمار، وبقية فعاليته بارزة في الأحداث التي عاشها المجتمع الجزائري في مراحل إستقلاله، ومباشرة بعد الإستقلال سنة 1962، ظهرت بوادر التصادم والتعارض بين تيارين أو أيديولوجتين متعارضتين، من ذلك من يمثل التيار التغريبي المتكون أساسا من المثقفين باللغة الفرنسية والشيوعيين، وكانت مواقف هذا التيار معادية دائما للعروبة والإسلام، كما أسسوا لوجودهم وغرسوا جذورهم في مؤسسات الدولة (الجيش والإدارة) هذا من جهة، ومن جهة أخرى يظهر التيار الداعي إلى الأصالة والحفاظ على الثوابت في المجتمع (العروبة والإسلام)، وهذه الفئة الإجتماعية قد عانت من التهميش والمنع من ممارسة نشاطها السياسي والنضالي، لذلك ظهرت وجوه أخرى لهذه الحركة الإسلامية والسياسية فبدأ تبلور أولى الجماعات الإسلامية السلمية في المجتمع الجزائري مثل "جمعية القيم" وقيادات مثل "رشيد بن عيسى"، " أحمد سحنون"، إلا أنها لم تدوم طويلا، حيث تم وقف نشاط هذه الفئات الإسلامية الجديدة في سنة 1966، أما مع بداية السبعينيات فظهرت جماعات إسلامية أكثر تنظيما إتخذت من المدارس والجامعات مكانا لنشاطاتها، والتي إعتبرت نفسها التنظيم الذي يقف في وجه الإلحاد وأذناب الثقافة الفرانكوفونية، ولقد تشبعت هذه الجماعات بأفكار وبقناعات أيديولوجية تغذت من أفكار الثورة الإيرانية سنة 1979، والفكر الإخواني ومن أبرز قيادتها "مالك بن نبي، عباس مدني، عبد اللطيف سلطاني"...الخ.

إن عمليات العنف بدأت تمارس بشكل أكبر مع نهاية السبعينيات أي بعد وفاة الرئيس الراحل هواري بومدين، الذي شدد الضغوط على نشاط الكثير من الشخصيات البارزة، وبعد ذلك تصاعدت الأفكار في شكل بيانات تدعو إلى الجهاد ضد النظام الملحد، كما تم إنقسام هذه الحركات الإحتجاجية إلى

تيارين الأول يمثل الدعوة السلمية أما التيار الثاني فهو تيار رديكالي، يضم تنظيم الجهاد، تنظيم جماعة التوحيد والدعوة، والحركة الإسلامية المسلحة، وهذه الأخيرة هي التي تمثل التنظيم الذي دشن العنف المسلح في المجتمع الجزائري سنة 1981.[1] وهذه السوابق التاريخية لإندلا ع العنف في المجتمع الجزائري تدعم السيرورة التاريخية لإنتشار ظاهرة الإرهاب، التي أخذت حيزا إعلاميا أظهر أنها كانت بدايتها مع سنوات التسعينيات، ولأن الكثير لا يعرف هذه الحقائق وإنما يعرفون فقط المجموعة الداعية إلى العنف المسلح التي تأسست سنة 1980 على يد عامل يومي لا يجيد القراءة والكتابة والذي لم يستمر طويلا، وعلى الرغم من التخلص من نشطاء التيار الإسلامي الإحتجاجي سنة 1987، إلا أنه لم يتوقف العنف في المجتمع الجزائري، بل إستمر وتغذى من الظرف المسمى بأحداث أكتوبر 1988، والذي كان يحمل إستياءا كبيرا ويعد محركا رئيسيا للغضب الإجتماعي، بل كان نقطة بداية الشكل الجديد للعنف الذي تمثل في ظاهرة الإرهاب في بداية التسعينيات.[2] وهنا يمكن القول أن الفهم السطحي للدين وقلة الوعي الفردي والجماعي الناتج عن الفراغ الديني الذي عاشه بعض أفراد المجتمع الجزائري، إلى جانب أزمة الهوية التي خلفها الإستعمار من أهم الأسباب التي زرعت الأفكار المتطرفة والمتعصبة، التي لاتمت بصلة للدين الإسلامي الفعلي، كما توجد عوامل أخرى قد ساهمت في إفراز هذه الظاهرة السلبية من ذلك فشل التحول الديمقراطي الذي أقره دستور 1989، فشل الإسلامين في الوصول إلى السلطة بعد فوزهم في إنتخابات 1990، إنظمام الأفراد المهمشين والعاطلين عن العمل إلى التيار الإحتجاجي وما إلى ذلك من العوامل التي لا يمكن حصرها في هذا المقام .

وهكذا إنقلبت حياة الأفراد اليومية خلال عشرية فقط رأسا على عقب حيث رافق ذلك سلسلة من عمليات العنف والقمع من كل الجهات ضد الأفراد، وبدأت لغة القتل والدم هي التي يسمعها الفرد الجزائري يوميا، الأمر الذي أفرز ضغوطا وآلاما إجتماعية ونفسية على الأفراد والأسر والمجتمع ككل.

إن تفشي هذا الحدث الإجتماعي-الأمني الذي يمكن إعتباره أعنف حدث عرفه المجتمع الجزائري في إطار التغير السياسي والإجتماعي، والذي أخذ أبعاد عالمية، وتفشى بين شريحة هامة في المجتمع وهي الشباب، وأخذ كل أشكال العنف وصورها المختلفة، الأمر الذي يحتم ربط هذا الظرف الذي عاشه الفرد الجزائري بالواقع الصحي الحالي الذي إنتشرت فيه أمراض العصر المزمنة (ضغط الدم، داء السكري وأمراض القلب)، وهي أمراض لها صلة وثيقة بضغوط وآلام المجتمع، لذلك لا يمكن بأي حال من الأحوال تجاهل ظاهرة الإرهاب أو تجنب التعتيم عليها، فالواقع أن هذا الحاضر الذي إنتشرت فيه هذه النوعية من الأمراض والذي يبدو مستعصيا على فهم الكثير من الفاعلين في المجتمع، يمكن إستنطاقه طالما آثار هذا الحدث الإجتماعي والأمني لا تخفى على أي جزائري وجزائرية، وأنها ترجع إلى الماضي القريب الذي يوصف بالأيام السوداء.

---

[1] نفس المرجع، ص-ص 157-171.

[2] نفس المرجع السابق، ص-ص 157-176.

إن هذا التصدع الإجتماعي أو الإنحراف الإجتماعي والأمني، قد أفرز أشكالا عديدة للعنف أيضا أصبحت ترتكب ضد الأفراد وبغض النظر عن الطرق المستخدمة في ذلك، يتم إلصاقها بظاهرة الإرهاب، وهذا ناهيك عن الإعتداءات اليومية، وظهور التطرف الديني ومعايشة الفراغ الروحي الناتج عن فقدان الأشخاص الأقرباء والأعزاء أو تعرضهم لحوادث مؤلمة، وهذه جميعها صدمات إجتماعية ونفسية تستمر آثارها طويلا، وتعمل عملها كعوامل خطر تهدد صحة الفرد وإصابته بالمرض المزمن، وكل هذه العوامل تنعكس في حالات من الضياع وما يرافقها من خوف وكبت*، وبخاصة القلق من فقدان الأمن، مما يسبب إرتباكا وإضطرابا في السلوك الإجتماعي العام .

ولعل ما زاد المسألة تعقيدا هو الجو العام المشحون بالخوف، فالمعروف أن الإنسان جبل على أحاسيس ومشاعر مختلفة، والخوف هو أحد هذه الأحاسيس وأكثرها تأثيرا على صحة الفرد النفسية والعضوية، ولعل أكثر ما يخافه الإنسان هو الألم والمرض والموت، لذا فمن الأهمية بمكان توفير المعرفة الكافية حول مدى تأثير هذه الحالات السلبية التي عايشها الفرد الجزائري، وساهمت في إنتشار الإصابة بكل ما إرتبط بها من أمراض مزمنة كما هو الحال بالنسبة لإرتفاع الضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب، وكما هو معلوم أن الأزمات الإجتماعية والأمنية والسياسية والإقتصادية تؤدي عادة إلى مشكلات عديدة، من ذلك البطالة وتوقيف عدد كبير من العمال عن العمل، تشرد عدد كبير من أفراد المجتمع، إنتشار الجرائم الهجرات الفردية والجماعية ...الخ.

إن ما عمل على تدهور الوضع الصحي أكثر من حيث القابلية للتأثر بهذا الظرف الإجتماعي الأمني الصعب، هو البعد الإجتماعي النفسي لخصائص شخصية الفرد الجزائري، الذي ترعرع في وسط عنيف موروث عن النكبات التي تعرض لها المجتمع من إستعمار وصراعات إيديولوجية ... إلخ، ومن أبرز الخصائص والسمات التي تتميز بها الشخصية الجزائرية عن الشخصية العربية مثلا، والتي أكدتها العديد من البحوث والدراسات ما يلي: الإندفاع، الإنفعال، النرفزة، الحساسية وعدم تقبل النقد، التعصب والتشبث بالرأي والمبدأ، الإتعاظ من دروس الماضي، الإعتماد على النفس، نشد الكمال والحلول الجذرية، الإنطواء على الذات، العمل في الصمت، الصراحة.[1] وما يلفت النظر حول هذه السمات أنها تكشف وتثبت بالفعل أن الشخصية الجزائرية تتسم بطبع مزاجي، وبخاصة ما تعلق ببعض السمات كالإنفعال والتعصب والإندفاع، الأمر الذي يعد كمؤشر آخر قوي يدل على مساهمة هذا النوع من الشخصية في تطبيع مثل هذه الأحداث الإجتماعية والأمنية هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى فإن هذا النوع من سمات الشخصية لا يوفر القدرة الكاملة على التكيف و مواجهة أحداث الحياة، والإستجابة بشكل يقي شر الأمراض المزمنة، التي تظهر متى تزداد الإنفعالات والقلق مما قد يعرضها أكثر للإضطرابات السيكوسوماتية.

* أنظر عنصر كيفية مواجهة أفراد العينة لمشكلات وأحداث الحياة، المطلب الرابع من الفصل السابع، الباب الثاني للدراسة الميدانية .

[1] محمد بن عبد الله، السيكولوجية الشخصية المغاربية، ديوان المطبوعات الجامعية، جامعة وهران، الجزائر،2010، ص-ص 33-34.

إذا فالعودة إلى شخصية المريض بجميع مكوناتها وتاريخها الذي يميزها عن غيرها في الكثير من الأطر والأبعاد الإجتماعية والنفسية والثقافية، يعني الإلمام بالأعراض المهمة والأساسية في الإرتباطات السوسيولوجية المفسرة لمثل هذه الأحداث الإجتماعية، وعلاقتها بالصحة والمرض العصري المزمن (ضغط الدم، داء السكري وأمراض القلب).

وفي هذا الصدد يشير عدد غير قليل من نتائج البحوث والدراسات في مجال علاقة الإنفعالات والضغوط والآلام النفسية والإجتماعية بالحالة الصحية عامة والإصابة بالأمراض النفسجسمية، حيث تؤكد أن أجهزة الجسم المناعية تتأثر بصورة شديدة بما يصيب الجانب الوجداني الإنفعالي، فقد لوحظ أنه كلما تزداد نسبة الهرمونات داخل الجسم كما هو الحال بالنسبة لهرمون الأدريالين، فإن نشاط الخلايا المناعية يتأثر عكسيا أي يزداد ببطيء، لذلك فالإنفعال والتوتر والقلق تعتبر حالات تضعف المقاومة المناعية، وهذا يعني أنه حتى عند وجود فيروس في جسم الإنسان فإن جهاز المناعة في حالات التوتر لا تكون إستجابته كافية ضد الفيروس، كما أن مشاعر العدائية وجد أنها تجعل الأفراد أكثر عرضة لخطر أمراض القلب، وهذا يعني أن كل إنفعال عارض يضيف ضغطا إضافيا على القلب، عن طريق الرفع من معدل خفقان القلب والرفع من معدل ضغط الدم فيه وتتضاعف هذه الحالة عند معايشتها عدة مرات، أي بتكرار هذا الحدث مرات ومرات يمكن أن يؤدي إلى الإضرار بعضلة القلب، الأمر الذي لوحظ عند مرضى الشريان التاجي، بإعتبار أن إضطراب تدفق الدم داخل الشريان التاجي، بالأخص مع كل نبضة في القلب يمكن أن يؤدي إلى إحداث تمزق خفيف في الشريان، وتكرار خفقان عضلة القلب وإرتفاع ضغط الدم في حالة الإنفعال والتوتر فإن الخطورة تزداد حيث يؤدي إلى حدوث المرض خلال 30 عاما.[1]

جدول رقم (107) : يبين نوع الحدث الإجتماعي-الأمني الأليم الذي عايشه المبحوثين قبل إصابتهم بالمرض المزمن حسب جنسهم.

نوع الحدث المعيش / الجنس	حدث الصراع	حدث العنف أوالإعتداء	حدث التطرف أو الإنعزال	حدث الفراغ الكبير	حدث الإرهاب أو الإقتتال	حدث آخر	المجمـــوع
ذكـــور	18 %13.43	22 %16.42	17 %12.69	31 %23.13	41 %30.60	05 %03.73	134 %100
إنـــاث	- -	46 %25.70	38 %21.23	30 %16.76	60 %33.52	05 %02.79	179 %100
المجمـــوع	18 %5.75	68 %21.73	55 %17.57	61 %19.49	101 %32.27	10 %03.19	*313 %100

* ملاحظة: المجموع 313 يمثل عدد إجابات المبحوثين بنعم فقط لمعايشة الحدث الإجتماعي-الأمني الأليم .

(1) محمد أحمد إبراهيم سعفان، دراسات في علم النفس والصحة النفسية، دار الكتاب الحديث، القاهرة، 2003،ص 48.

لقد تم التعرض في الجدول السابق لمدى معايشة المبحوثين لحدث إجتماعي-أمني قبل إصابتهم بالمرض المزمن وعلاقة ذلك بنوع الحدث، ولكن دون تحديد النوع الإجتماعي الأكثر تأثرا بهذه الأحداث، لذلك سيتم التعرض لتوزيع مختلف الأحداث الإجتماعية و الأمنية التي عايشها كل نوع، ومن حيث تواترها وإنتشارها وصداها في المجتمع، وعلى هذا الأساس فإن نتائج الجدول تكتشف أن أعلى نسبة، والتي قدرت بـــ32.27% جاءت تمثل معايشة المبحوثين لحدث الإرهاب أو الإقتتال، وهذا مقارنة بالنسب الأخرى المتبقية والتي جاءت تتوزع على النحو الآتي، نسبة 21.73% لحدث العنف أو الإعتداء، نسبة 19.49% لحدث الفراغ الكبير، نسبة 17.57% لحدث التطرف أو الإنعزال، نسبة 5.75% لحدث الصراع، نسبة 3.19% لحدث أخر.

ووفقا لإتجاه هذا الجدول المنحصر في معايشة المبحوثين وبشكل بارز لحدث الإرهاب أو الإقتتال يلاحظ بروز نتيجة هامة ترتبط أساسا بقضية النوع الإجتماعي، أي بتأثر جنس الإناث أكثر من جنس الذكور عند معايشة مثل هذه الأحداث الإجتماعية والأمنية قبل الإصابة بالمرض المزمن، حيث سجلت أعلى نسبة تقدر بـــ33.52 لجنس الإناث مقابل تسجيل لهم ولا نسبة لحدث الصراع، أما للذكور فقد تم تسجيل نسبة تقدر بـــ30.60% مقابل أدنى نسبة لهم تقدر بـــ3.73 لحدث أخر، وهكذا يظهر تأثير الحدث الإجتماعي-الأمني الذي عايشه المبحوثين على غرار مختلف شرائح المجتمع (رجال، أطفال، نساء...إلخ)، غير أن شريحة النساء كانت الأكثر عرضة للرعب والخوف والإغتيالات والإختطافات...إلخ، ولعل النسبة التي سجلت لحدث العنف والإعتداء تؤكد مرة أخرى هذه الحقائق حيث سجلت أعلى نسبة قدرت بـــ25.70% تمثل النساء مقارنة بتسجيل نسبة تقدر بـــ16.42 تمثل الرجال.

وهذه المقارنة البسيطة لا تعني تعرض النساء أكثر بجميع أشكال العنف كالقتل مثلا مقارنة بالرجال لأن الأمر يتوقف على دراسات ميدانية وإنما تعرض فئة النساء بشكل أكثر من حيث تأثرهن نفسيا وإجتماعيا ببعض أعمال العنف الشنيعة، بإعتبار أن المرأة لا تقوى (عنصر ضعيف) نفسيتها وطبيعتها على مقاومة مثل هذه الأحداث الإجتماعية والأمنية الخطيرة فتخر للمرض المزمن، بالإضافة إلى أن الكثير ممن لا يعرفون مكانة المرأة في سياق الخلفية التاريخية لظهور الإرهاب في المجتمع الجزائري، الأمر الذي جعلها تستخدم كخيار وأداة عملية لتحقيق أهداف متطابقة مع قناعات إيديولوجية معينة، مما جعل الهجوم على العازبات وغير المتحجبات وإبتزازهن من الأهداف السياسية والمسطرة لتصعيد العنف في شكله الجديد، وهذا لا ينفي ظلوع بعض النسوة في وصول مستوى العنف إلى حد الإجرام الشنيع في المجتمع الجزائري.

إن المرأة كانت الفئة الإجتماعية المستهدفة الأولى: سبايا Sabya ، غنيمة حرب Butin de querre، متعة جنسية Objet sexuel، والإختطاف كان الوسيلة الوحيدة الهامة للحصول على الفتاة، وفي أغلب الحالات كان المختطفون لهم علاقة جوار أو قرابة بالفتاة المختطفة، كما كان أسلوب الإختطاف أحيانا

إنتقاما من العائلة، وفي هذا الصدد بينت إحصائيات سنة 1996 أن خمسة آلاف ضحية بين القتيلة، المغتصبة والمختطفة.[1]

وقد ترتب عن هذه الممارسات خوفا وإرتباكا وإنعكاسات خطيرة أضرت بالصحة النفسية والجسدية للمرأة، وليس فقط لمن مسها الضر مباشرة، وإنما الماكثات في البيت والعاملات، وكل إمرأة جزائرية أصبحت تعيش حالات الهلع والرعب وتنتظر دورها، وحسب تصريح المبحوثات لكي تصنف ضمن إحدى صور الضحايا السابقة الذكر.

وهذا ناهيك عن مدى تأثر المرأة بحالات مؤلمة كحدوث وفاة من الأقارب أو الأصدقاء...إلخ، ولا شك أن تأثير هذه الأحداث الإجتماعية والأمنية، كان أقوى على الصحة النفسية والإجتماعية والعضوية لهذه الشريحة من المجتمع، الأمر الذي يؤكد صحة نتائج العديد من الدراسات التي أشارت إلى أن تعرض المرأة للإنفعالات والخوف الشديد والإضطراب النفسي، يزيد من إحتمال تعرضها أكثر للإصابة بالأمراض السيكوسوماتية ذات العلاقة بالأحداث المؤلمة كما هو الحال بالنسبة لضغط الدم، داء السكر وأمراض القلب.

جدول رقم (108) : يبين نوع الحدث الإجتماعي-الأمني الأليم الذي عايشه المبحوثين قبل إصابتهم بالمرض المزمن حسب حالتهم العائلية.

نوع الحدث المعيش / الحالة العائلية	حدث الصراع	حدث العنف والإعتداء	حدث التطرف أو الإنعزال	حدث الفراغ الكبير	حدث الإرهاب أو الإقتتال	حدث آخر	المجمـــوع
أعزب	02 %8.70	05 %21.74	03 %13.04	08 %34.78	04 %17.39	01 %4.35	23 %100
متزوج	16 %5.84	60 %21.80	46 %16.79	50 %18.25	93 %33.94	09 %3.28	274 %100
مطلق	- -	- -	03 %42.86	02 %28.57	02 %28.57	- -	07 %100
أرمل	- -	03 %33.33	03 %33.33	01 %11.11	02 %22.23	- -	09 %100
المجمـــوع	18 %5.75	68 %21.73	55 %17.57	61 %19.49	101 %32.27	10 %3.19	313 %100

[1] كريمة مكتاف، التغير السياسي والعنف المسلح، سوسيولوجية العنف المسلح في الجزائر، دراسة وصفية للجماعات الإسلامية المسلحة من سنة 1980 إلى سنة 2002، دفاتر مخبر التغير الإجتماعي، المرجع السابق، ص 183.

جدول رقم (109): يبين نوع الحدث الإجتماعي- الأمني الأليم الذي عايشه المبحوثين قبل إصابتهم بالمرض المزمن حسب شكل أسرهم.

نوع الحدث المعيش / شكل الأسرة	حدث الصراع	حدث العنف والإعتداء	حدث التطرف أو الإنعزال	حدث الفراغ الكبير	حدث الإرهاب أو الإقتتال	حدث آخر	المجمـــوع
ممتدة (كبيرة)	08 %4.76	39 %23.21	30 %17.86	23 %13.69	59 %35.12	09 %5.36	168 %100
نووية (صغيرة)	10 %6.90	29 %20	25 %17.24	38 %26.21	42 %28.96	01 %0.69	145 %100
المجموع	18 %5.75	68 %21.73	55 %17.57	61 %19.49	101 %32.27	10 %3.19	313 %100

جدول رقم (110) : يبين نوع الحدث الإجتماعي- الأمني الأليم الذي عايشه المبحوثين قبل إصابتهم بالمرض المزمن حسب منطقة الإقامة.

نوع الحدث المعيش / منطقةالإقامة	حدث الصراع	حدث العنف أوالإعتداء	حدث التطرف أو الإنعزال	حدث الفراغ الكبير	حدث الإرهاب أو الإقتتال	حدث آخر	المجمـــوع
حضرية	11 %7.14	24 %15.58	27 %17.53	33 %21.43	53 %34.42	06 %03.90	154 %100
شبه حضرية	06 %5.36	34 %30.35	20 %17.86	19 %16.96	30 %26.78	03 %02.68	112 %100
ريفية	01 %2.12	10 %21.28	08 %17.02	09 %19.15	18 %38.30	01 %02.13	47 %100
المجمـــوع	18 %5.75	68 %21.73	55 %17.57	61 %19.49	101 %32.27	10 %03.19	313 %100

يلاحظ من خلال معطيات الجداول الثلاث رقم(108) ورقم(109) ورقم(110) أن إتجاهها العام يبقى يتجه نحو إجابات المبحوثين التي تركزت في الحدث الإجتماعي-الأمني المتمثل في الإرهاب أو الإقتتال، وبنفس المقارنة مع نوع الأحداث الإجتماعية والأمنية الأخرى كما جاء في التحليل الإحصائي السالف الذكر، غير أن الملاحظة تختلف في حالات توزيع هذا الحدث حسب الحالة العائلية، شكل الأسرة ومنطقة الإقامة، فبالنسبة للحالة العائلية تظهر أعلى نسبة تقدر بـــ33.94% هي للحالة العائلية التي إنحصرت في فئة المتزوجين، مقابل أدنى نسبة تقدر بـــ03.28% من نفس الحالة العائلية، غير أنها تعود للحدث من نوع آخر، ثم تأتي نسبة معتبرة تقدربـــ28.57% لحدث الإرهاب أو الإقتتال وتمثل فئة المطلقين، مقابل ولا نسبة لنفس الحالة العائلية وتمثل أحداث كالصراع، العنف أو الإعتداء وأحداث أخرى.

أما المبحوثين من فئة الأرامل الذين عايشوا حدث الإرهاب أو الإقتتال، فقد سجلوا نسبة تقدر بـــ22.23% مقابل ولا نسبة لنفس الحالة العائلية لحدث الصراع وحدث آخر، وفي الأخير تأتي نسبة تقدر بـــ17.39%، هي لفئة العزاب الذين عايشوا حدث الإرهاب أو الإقتتال، مقابل أصغر نسبة قدرت بـــ04.35% لنفس الحالة العائلية، غير أنها تعود لحدث من نوع آخر.

وهنا يمكن القول أن بروز فئة المتزوجين دون غيرها ضمن المبحوثين الذين عانوا من حدث الإرهاب قبل إصابتهم بالمرض المزمن يعني أن هذه الشريحة من المجتمع، إضافة إلى الخوف و التوتر والقلق، الذي ينتاب الزيجات أنفسها، فإن الأمر يتضاعف بوجود أسرة وأبناء، خاصة وأن العنف الإرهابي لم يكن يفرق بين الصغير والكبير، والذكر والأنثى...إلخ، مما ينعكس سلبا بزيادة الضغوط الإجتماعية والنفسية على الأزواج والناتجة عن مراقبة الأبناء، التفكير في مستقبل الأبناء والأسرة وظروف أخرى ترتبط بالسكن.

أما بالنسبة لتوزيع الحدث الإجتماعي-الأمني المتمثل في الإرهاب أو الإقتتال حسب شكل الأسرة وقبل إصابتهم بالمرض المزمن، فيظهر أن المبحوثين من ذوي الأسرة الممتدة هم الذي تعرضوا أكثر لهذا الحدث، حيث سجلت لهم نسبة عليا قدرت بـــ35.12% مقابل بنسبة دنيا تقدر بـــ05.36% لنفس الشكل الأسري غير أنها لحدث من نوع آخر، وهذا بالمقارنة مع النسبة التي قدرت بـــ28.96%، والتي تمثل المبحوثين الذين تعرضوا لحدث الإرهاب أو الإقتتال وهم من ذوي نمط الأسرة النووي، مقابل أدنى نسبة تقدر بـــ0.69% لنفس نمط الأسرة غير أنها تمثل حدث آخر.

وكما هو معلوم فإن الفرد يزداد تفاعله في المحيط الأسري كلما إزداد عدد أفراد الأسرة وتربطه بهم علاقات مختلفة، ويحدث وجود الفرد بين الأسرة الممتدة أو الكبيرة الحجم" تأثيرا متبادلا" فكل من أعضائها يؤثر في الآخر، فإذا حدث أي مكروه أو واقعة أليمة بأحد أبناء الأسرة تزداد التأثيرات والإنفعالات لمعظم أعضاء الأسرة، فالملاحظات اليومية تشير إلى أن الظرف الخارجي الذي يصيب الأسرة قد يحدث حزنا في أحد الأشخاص وقلق في شخص آخر وغضبا في شخص ثالث، وهكذا فالإنفعال المثار عادة يتحدد وفقا لما إعتاد عليه الفرد في علاقاته الأسرية.

ولعل النتيجة الثالثة التي إرتبطت بتوزيع الحدث الإجتماعي-الأمني المتمثل في الإرهاب أو الإقتال حسب المنطقة الجغرافية قبل الإصابة بالمرض المزمن تكشف أن المبحوثين الذين يقطنون المنطقة الريفية، هم الأكثر ممن عانوا من ويلات ظاهرة الإرهاب، حيث سجلت لهم أعلى نسبة قدرت بـــ38.30% مقابل أدنى نسبة تقدر بـــ2.12% لنفس المنطقة غير أنها عادت لحدث الصراع، وقد سجلت نسبة تقدر بـــ34.42% للمبحوثين الذين يقطنون المنطقة الحضرية، مقابل أدنى نسبة تقدر بـــ3.90% لنفس المنطقة ولكن لحدث إجتماعي-أمني من نوع آخر، وتعزز نسبة تقدر بـــ26.78% حدث الإرهاب وللمبحوثين الذين ينتمون إلى المنطقة الشبه حضرية، مقابل أصغر نسبة قدرت بـــ2.68% للمنطقة نفسها غير أنها تمثل حدث من نوع آخر.

إن الميل الذي برز حول معايشة المبحوثين الذين ينتمون إلى المناطق الريفية لحدث الإرهاب، يرجع أساسا إلى كون الريف كان يمثل مسرح معظم العمليات والمضايقات لسكان الريف، والجدير ذكره أن ما يرافق ذلك أو يترتب عنه هو التفكك والإنقسام، الذي أصاب الأسرة الجزائرية من جراء عدم القدرة على تحمل الضغوطات المفروضة على السكان، الأمر الذي دفع بهم إلى النزوح من الريف إلى المدينة بحثا عن الأمن والعمل، وللإشارة فإنه حتى المدن والمناطق الحضرية والشبه الحضرية لم تسلم من ضغوطات هذا الحدث الإجتماعي الأمني الذي إنتشر في جميع أنحاء المجتمع، ولا شك أن في هذه الظروف الصعبة تزداد المساهمة في سوء الحالة الإقتصادية التي تنعكس بدورها في القلق والإضطراب والخوف على المصير.

جدول رقم (111) : يبين نوع الحدث الإجتماعي- الأمني الأليم الذي عايشه المبحوثين قبل إصابتهم بالمرض المزمن حسب مدة.

نوع الحدث المعيش / مدة الإصابة بالسنوات	حدث الصراع	حدث العنف أوالإعتداء	حدث التطرف أو الإنعزال	حدث الفراغ الكبير	حدث الإرهاب أو الإقتتال	حدث آخر	المجمـــوع
] 4 - 0[	17 %06.72	47 %18.58	42 %16.60	51 %20.16	88 %34.78	08 %3.16	253 %100
] 9 - 5[	- -	03 %37.5	03 %37.5	01 %12.5	01 %12.5	- -	08 %100
] 14 - 10[	- -	06 %50.0	03 %25.0	01 %8.33	02 %16.67	- -	12 %100
] 19 - 15[	- -	04 %50.0	- -	01 %12.5	03 %37.5	- -	08 %100
] 24 - 20[	01 %09.09	- -	01 %09.09	04 %36.36	05 %45.46	- -	11 %100
] 29 - 25[	- -	03 %42.86	04 %57.14	- -	- -	- -	07 %100
] 34 - 30[	- -	05 %35.71	02 %14.29	03 %21.42	02 %14.29	02 %14.29	14 %100
المجمـــــوع	18 %68	68 %21.73	55 %17.57	61 %19.49	101 %32.27	10 %3.19	313 %100

إن معطيات هذا الجدول تهدف إلى الكشف عن مدى معايشة المبحوثين لحدث إجتماعي-أمني قبل إصابتهم بالمرض المزمن، وبشكل محدد حدث الإرهاب (العشرية السوداء)، وذلك من خلال معرفة إذا ما كانت مدة إصابة المبحوثين بالمرض إمتدت إلى سنوات التسعينيات أم لم تمتد لتلك السنوات، الأمر الذي يكشف بدوره عن تأثيرات العامل السوسيو-تاريخي في الإصابة بالمرض المزمن، وبناءا على ذلك يلاحظ أن

موقف المبحوثين يتمركز بأعلى نسبة تقدر بـــ32.27 % حول حدث الإرهاب أو الإقتتال، مقابل النسب التي سجلت للأحداث الإجتماعية الأخرى، والتي إتخذت الترتيب الآتي: نسبة 21.73% لحدث العنف أو الإعتداء نسبة 19.49%لحدث الفراغ الكبير، نسبة 17.57% لحدث التطرف أو الإنعزال، نسبة 05.75% لحدث الصراع، نسبة 03.19 لحدث آخر.

إن المرتبة العليا التي أحرزها الحدث الإجتماعي-الأمني المتمثل في الإرهاب أو الإقتتال، تم تعزيزها بأعلى نسبة قدرت بـــ 45.46% هي لمدة الإصابة التي عانى منها المبحوثين، والتي تركزت في فئة [20 - 24 [سنة وهذه مدة تصل وتتجاوز العشرية السوداء، وما يقابل هذه المدة حدث العنف أو الإعتداء وحدث من نوع آخر، ولكن من دون تسجيل أية نسبة، وتدعم النسبة السالفة الذكر نسبة تقدر بـــ37.5% من فئة الإصابة[15 - 19 [سنة، ولنفس الموقف المتعلق بحدث الإرهاب أو الإقتتال، وهنا دون تسجيل أية نسبة في المقابل لثلاث أحداث وهي: الصراع، التطرف أو الإنعزال، حدث آخر.

وتوجد نسبة معتبرة أيضا تقدربـــ 34.78% لنفس الحدث من فئة الإصابة [0 - 4 [مقابل أدنى نسبة تقدر بـــ3.16% لنفس فئة الإصابة ولحدث من نوع آخر، ثم تأتي النسب المتبقية لمدة الإصابة أضعف من سابقتها والمسجلة لحدث الإرهاب أو الإقتتال، حيث تقدر الأولى بـــ16.67% هي لفئة مدة الإصابة [10 - 14[سنة ودون تسجيل أية نسبة لحدث الصراع ونوع آخر، تليها النسبة الثانية والتي تقدر بـــ14.29% لفئة مدة الإصابة [30 - 34[سنة، ودون تسجيل بالمقابل أية نسبة لحدث الصراع، أما النسبة الثالثة، والتي تقدر بـــ12.5% فهي لفئة مدة الإصابة [5 - 9[سنة، وأيضا دون تسجيل أية نسبة في المقابل لحدث الصراع ونوع آخر، وفي الأخير لم تسجل فئة مدة الإصابة [25 – 29[سنة أية نسبة.

وعلى العموم يمكن إستنتاج أن هذه الشريحة الإجتماعية من أفراد العينة التي برزت من خلال مدة معاناتها من المرض المزمن، ترجع إلى عقدين من الزمن، إذ تمثل مؤشر قوي يعكس التأثير السلبي للحدث الإجتماعي الأمني المتمثل في الإرهاب أو الإقتتال، والذي تربطه علاقة بالحالة الصحية ومعاناة المبحوثين من أمراضهم المزمنة حسب تصريحاتهم التي كانت أكثر وضوحا وأكثر شدة وتحصرا عن مدة معاناتهم، حيث قال البعض منهم متحصرين " الشيء إلي عشناه في عشر سنين أكثر من إلي عشناه في الثورة"، والجدير ذكره هو أن مختلف الآلام والضغوط الناجمة عن ظاهرة الإرهاب في المجتمع الجزائري، لم تكن تأثيراتها آنية أو لحظية فقط وإنما إستمرت في إضطراب حياة الأفراد حتى في السنوات اللاحقة، حيث جعلت من صحة الكثير من الجزائرين بيئة مؤهبة لحدوث مثل هذه الأمراض المزمنة، وفي أية لحظة عند زيادة التوتر، ونتيجة لتأثير التوتر المستمر تتعرض صحة الأفراد للإجهاد، الأمر الذي يرفع من إحتمال إنتشار أمراض العصر المزمنة كالضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب.

وهناك من الدراسات التي أثبتت أن التوتر والضغوط والآلام النفسية والإجتماعية المستمرة وذات التأثير العميق والأليم قد تصحبها زيادة مزمنة لضغط الدم.[1] وهذا يعني أنه على الرغم من أن الزيادة قد

[1] محمد محسن إبراهيم، المرجع السابق، ص 26.

تكون مؤقتة في معظم الحالات التي سرعان ما ينخفض فيها ضغط الدم ويعود إلى مستوياته الطبيعية عند الإسترخاء، إلا أن وجود الفرد في جو ووسط مشحون دائما بالضغوط والإنفعالات والآلام لا يعطي الضغط الفرصة الكافية لكي ينخفض هذا الضغط مرات أخرى.

المطلب الثاني:حدثي الهجرة والتغير في العمل المفاجئين وآثارهما على إنتشار الإصابة بالمرض المزمن .

لا شك أن من أبرز المعطيات الحديثة التي أفرزها التغير الإجتماعي والأحداث الإجتماعية والأمنية التي شهدها المجتمع الجزائري، هي تلك الضغوطات التي إرتبطت بالإنتقال والتغير كما هو الحال بالنسبة للهجرة، التغير في العمل أو الإنتقال إلى عمل جديد، وقف العمل، تغيير المسكن أو الإقامة ...الخ، ولعله من المفيد من خلال هذا العنصر أن يتم توضيح أبرز هذه الضغوط وعلاقتها خصوصا بحدثي الهجرة والتغير في العمل المفاجئين اللذين تزامنا مع الأحداث الأمنية (العشرية السوداء) هذا من جهة، ومن جهة أخرى مع التغيرات السياسية والإجتماعية التي أفرزت بدورها نمط حياة إقتصادي جديد (إقتصاد السوق، الخوصصة...)، كانت له إنعكاسات عديدة على قضايا معينة في المجتمع كتسريح العمال، البطالة، المنافسة...الخ .

جدول رقم (112) : يبين حدوث بشكل مفاجئ الهجرة أو تغيير المبحوثين لمقر سكناهم وكيفياته قبل إصابتهم بالمرض المزمن .

كيفية الهجرة أو تغيير مقر السكن / حدوث الهجرة أو تغيير مقر السكن		التكـــــرار	النسبة %
نعم	من منطقة ريفية إلى منطقة حضرية	107	45.92
	من منطقة شبه حضرية إلى منطقة حضرية	96	41.20
	من منطقة حضرية إلى منطقة ريفية	12	05.15
	من الوطن الأم إلى الخارج	03	01.29
	تغيير آخر*	15	06.44
المجمـــــــــــــوع الجزئي		233	52.95 %100
لا		207	47.05
المجمـــــــــــــوع الكلي		440	%100

* ملاحظة :يتمثل تغيير آخر للسكن في : الإنتقال للسكن مع الأقرباء أينما كانوا يقيمون، الإنتقال من خارج القرية إلى داخلها .

لقد بينت المعطيات الواردة في الجدول أن هناك نسبة غالبة وعالية تقدر بـــ45.92% تمثل موقف المبحوثين المؤيد لحدوث لهجرة لديهم قبل إصابتهم بالمرض المزمن من منطقة ريفية إلى منطقة حضرية، ويعزز هذا الموقف (المؤيد لحدوث الهجرة)، نسبة ثانية معتبرة تقدر بـــ41.20% تمثل الهجرة من منطقة شبه حضرية إلى منطقة حضرية، في حين تتوزع النسب المتبقية الضعيفة المسجلة لموقف المبحوثين المؤيد لقيامهم

بالهجرة أو تغيير مقر سكنهم قبل إصابتهم بالمرض المزمن على النحو الآتي: بنسبة 06.44% لتغيير آخر، نسبة 05.15% لحدوث الهجرة من منطقة حضرية إلى منطقة ريفية، وبنسبة 01.29% للإنتقال من الوطن الأم إلى الخارج، أما بالنسبة لموقف المبحوثين المعارض لحدث الإنتقال والهجرة فقد سجل نسبة 47.05% .

إن ظاهرة الهجرة تعد من الظواهر التي قد يتعرض لها كافة أفراد المجتمع دون تمييز، غير أن حدوثها بشكل مفاجئ وسريع وبخاصة إذا كان من الريف إلى المدينة، كما حدث لشريحة هائلة من أفراد العينة فإن الأمر يختلف من حيث الآثار الناجمة عن هذا الحدث الإجتماعي، الذي غالبا ما يرجع إلى أسباب إجتماعية أمنية وإقتصادية، ولعل الإضطهاد الأمني والمضايقات اليومية والتخلف الثقافي، تدني المستوى المعيشي في الوسط الريفي جميعها عوامل تحرك الفرد نحو البحث عن حياة آمنة وأفضل في المدينة.

إن أهم العوامل التي أدت إلى هجرة المبحوثين وبشكل مفاجئ وفقا لتصريحاتهم هي الهروب من الأوضاع الأمنية كما سبقت الإشارة إليه، والتي لم تكن مستقرة منذ بداية سنوات التسعينيات، الأمر الذي فرض حالات من القلق العام والضغوط على هؤلاء المهاجرين من الريف إلى المدن، ولعل آثار هذه الهجرة والإنتقال السريع لم تتوقف عند حد الضغوط التي واجهت هؤلاء من فعل الهجرة منذ البداية، وإنما المشكلات التي واجهوها في المناطق المستقطبة فيما بعد هي التي رفعت من مستوى ضغوطاتهم وتوترهم إزاء كثر نسبة البطالة المطلقة التي تعاني منها المدن، الإكتضاض السكاني، ضوضاء المدينة ومثل هذه الحالات الضاغطة تضاعف توتر الأفراد، نظرا لصعوبة الإندماج أوالتكيف الذي يختلف تمام الإختلاف عن الريف، هذا من ناحية ومن ناحية أخرى فعملية الإنتقال للعيش في بيئة إجتماعية جديدة تحمل تغيرات عديدة تمس نواحي صحية هامة، من ذلك التغير في عادات الأغذية تناول الأطعمة الجاهزة والمصنعة، وهذا نتيجة الوفرة المادية وكثرة المغريات، وهذه عادات وممارسات تختلف أيضا عما هو سائد في الريف أو البادية، وهي ذات تأثيرات إضافية قد تسرع ظهور الإصابة بالمرض المزمن، ولأن المعيشة في مجتمع ريفي تقليدي وما يحمله من ممارسات مرتبطة بالبيئة الجغرافية المحيطة (العمل في الزراعة، وفر الأغذية الليفية ...)، الأمر الذي قد يقلل من إحتمال الإصابة بالأمراض العصرية المزمنة كضغط الدم، داء السكري وأمراض القلب .

إن التغذية من أبرز الممارسات التي تفرض على المهاجرين إلى المدينة، حتى يندمجوا مع أفراد المدينة المستقبلة، مما ينعكس على البنية المورفولوجية كزيادة الوزن بالنسبة لأجسامهم، نتيجة التقليل من الحركة والنشاط الذي توقف حينما إنتقلوا إلى المدينة، التي تتميز بهذه الخاصية، (قلة الحركة)، لأن عملية التغير البيئي لا تنحصر في عملية التغير الخاص في المجتمع ذاته من بيئة إلى أخرى، بل تمتد إلى الإحتكاك الثقافي أو ما يسمى بالإتصال المباشر، مما قد يعرض هيمنة وضع إقتصادي قوي على وضع إقتصادي أقل قوة، ومن ثم ينعكس سلبا على بقية العناصر والمكونات الصحية للأفراد.

وللتفصيل أكثر فإن عوامل التحديث و التحضر والتغير الإجتماعي والثقافي من حيث كونها إحدى عمليات الإنتقال والتغيير تلعب دورا بارزا في الهيئة الفيزيقية للفرد، فهي تؤثر على حجم وزنه وبنيته الجسدية من حيث تناوله للأغذية المسمنة المتوفرة أكثر في البيئة الحضرية، ولا مجال للشك أن البيئة الحضرية

تفرض نوعية معينة من الوظائف والأعمال، فكما هو معروف أن أعمال البيئة الريفية تتطلب جهدا أو حركة ونشاط كبيرا بعكس الكثير من الأعمال القليلة الجهد التي توفرها المدينة، ولا يخفى على أحد أن الحركة تعني فقدان السعرات الحرارية وعكسها وإنعدامها يعني بقاء السعرات الحرارية في الجسم، وفي ظل الموازنة بين الحركة وإستهلاك الأطعمة قد ينتج نوع من إعتدال في هيئة الجسم الإنساني.

وتشير الملاحظة اليومية إلا أن البيئات الريفية غالبا ما تعتمد في معيشة أفرادها على زرع وحصاد المحاصيل والإلتقاط وجمع وقطف الثمار وجنيه، بالإضافة إلى الصيد، وهذه جميعها أعمال تستوجب جهدا عضليا وحركيا وتنقلات يومية، فهي تمارين كافية لحرق الطاقة الزائدة من الكربوهيدرات والدهون، وفي مقابل ذلك يلاحظ في البيئات الحضرية إنتشار لأعمال عديدة منها المكتبية التي من عيوبها التقليل من الحركة والجهد المبذول يوميا يضاف إلى ذلك وفرة النقل والمواصلات، وهذه عوامل هامة يتعرض لها المهاجر من الريف إلى المدينة وفي الوقت نفسه مرتبطة بالسمنة وأمراض العصر كضغط الدم، داء السكري وأمراض القلب .

جدول رقم (113) : يبين جنس المبحوثين وعلاقته بحدوث التغير من عدمه بشكل مفاجئ في عملهم أو نشاطهم قبل إصابتهم بالمرض المزمن .

حدوث التغير من عدمه في عمل أو نشاط المبحوثين / الجنس	نعم	لا	أحيانا	المجمـــوع
ذكور	140 %67.96	35 %16.99	31 %15.05	206 %100
إناث	46 %19.66	134 %57.26	54 %23.08	234 %100
المجمـــوع	186 %42.27	169 %38.41	85 %19.32	440 %100

إن بيانات الجدول تكشف أن هناك عدد معتبر من المبحوثين قد حدث لهم تغير في أعمالهم ونشطاتهم قبل إصابتهم بالمرض المزمن، أي ما يعادل نسبة 42.27% مقابل نسبة تقدر بـــ38.41% لمن كان موقفهم معارض لحدوث هذا التغير، أما المبحوثين الذين كانت إجابتهم تتمحور في حدوث تغيرات في عملهم أو نشاطهم أحيانا قبل إصابتهم بالمرض المزمن فقد قدرت النسبة لديهم بـــ19.32% .

ولعل متغير الجنس كان له دورا بارزا في بلورة موقف المبحوثين المؤيد لحدوث التغير في عملهم ونشطاتهم قبل إصابتهم بالمرض المزمن، حيث ظهرت نسبة عالية قدرت بـــ67.96% هي لجنس الذكور

مقابل أدنى نسبة قدرت بـــ15.05% لنفس الجنس غير أنها تمثل موقف المبحوثين القائل بأحيانا، أما جنس الإناث من المؤيدين لحدوث التغير في العمل أو النشاط، فقد سجلت لديهن نسبة تقدر بـــ19.66% مقابل نسبة تقدر بـــ57.26% لنفس الجنس، ولكنها تمثل موقفهن المعارض لحدوث التغير في العمل أو النشاط. وهنا يمكن القول حول التفاوت بين الجنسين في مسألة حدوث التغير في العمل أو النشاط، وتعرض الذكور أكثر لهذا الحدث الإجتماعي، يرجع إلى عوامل عدة منها نسبة العمالة المرتفعة لدى الرجال، وفي المقابل كثرت الماكثات في البيت، بالإضافة إلى قوامة الرجل على المرأة في بعض الأعمال والنشاطات...الخ .

ومن الجدير ذكره أن حدوث التغير في وضع العمل والنشاط كما هو الحال في زيادة واجبات عمل مختلفة، تغير في الحالة المهنية، تغير في عدد ساعات العمل، توقيف عن العمل، مشكلات مع رب أو صاحب العمل أو المؤسسة التي يعمل بها الفرد، البطالة، القيام بعمل غير مناسب،المكوث في البيت من دون نشاط (المرأة) وحتى الحصول عمل جديد ...إلخ، فهذه جميعها أحداث قد صرح بها المبحوثين وتمثل مصادر ضغوط حياتية تختلف درجة تأثيرها من حدث إلى آخر وحسب التكرار والظروف المحيطة بالفرد.

إن القراءة السوسيولوجية المتأنية تفرض البحث في أسباب التغير في هذا الموقف الإجتماعي الحرج ووضعه في إطاره السوسيو-إقتصادي والسياسي وحتى السياق التاريخي، بإعتبار بروز هذا النوع من الأحداث الإجتماعية في المجتمع الجزائري قد إرتبط بالأحداث السالفة الذكر وهي ظاهرة الإرهاب، الهجرة وتغير مكان الإقامة الإضطراري والمفاجئ، غير أن هذا الأمر أكثر إرتباطا بسياسة الإصلاح الإقتصادي والإصلاحات الهيكلية وتبني النظام الليبيرالي في المجتمع الجزائري بداية التسعينيات، بالإضافة إلى العراقيل والصعوبات التي تعرض لها الفرد العامل الجزائري في ظل القطاع العام الذي ساد لسنوات، حيث قد واجه وتعرض أيضا إلى أعباء ومشكلات مادية من خلال تطبيق البرنامج التعديـــلي الهيكلي المتمثـــل في الخوصصة، التي تعني " نقل ملكية المؤسسات العمومية إلى إدارتها من القطاع العام إلى القطاع الخاص".[1] وهذه العملية الإقتصادية قد زادت من تعميق معاناة أفراد العينة المادية والمعنوية، بإعتبار هذه العملية الإيديولوجية عليها آثار ونتائج عديدة من أهمها المنافسة التي لم تهيئ لها الظروف اللازمة لممارستها في مجال العمالة وغيرها.

إن آثار الخوصصة الإقتصادية فتحت السوق على مصرعيه لممارسات عديدة، جعل القائمين في هذا الشأن يفقدون هيمنتهم على مختلف النشاطات، وعدم قدرتهم على مراقبة كل السلوكيات في مجال العمالة التي قد تؤدي إلى إستعباد الإنسان لأخيه الإنسان، بسبب كثرة الخواص والمنتجين وسيطرتهم على السوق، وفي هذه النقطة بالذات صرح المبحوثون بشكاوى عديدة للمعاملة السيئة من طرف أرباب العمل والمؤسسات، كقول أحدهم" كنا كيما الآلة نخدموا من صباح لليل بنص سومة"، وهذا ما يزيد من ضغطاتهم وآلامهم، وتتعقد المسألة أكثر من الناحية الإجتماعية، حيث أدت عملية الخوصصة إلى عمليات

(1) معمر داود، مقاربة ثقافية للمجتمع الجزائري ، دراسة لبعض الملامح السوسيو-نفسية والإقتصادية، دار طليطلة، الجزائر ، ط1، 2009 ص 154.

واسعة لتسريح العمال بشتى الطرق، وهذه الأخيرة خلفت آثار بالغة نتيجة المعايير المطبقة في مجال العمالة، والتي لم تأخذ بعين الإعتبار الوضع في ظل السياسة الإقتصاية والإجتماعية السابقة أين كانت تحوي المؤسسة الواحدة في ظلها على عمالة تتجاوز طاقاتها، ولعل أبرز هذه الآثار على شرائح المجتمع تلك التي رافقت برامج التطهير المالي للمؤسسات، وبدون دراسة واقعية للآثار التي تنجم عن ذلك المادية والمعنوية، فلقد تم تطهير أكثر من 249 مؤسسة، كلفت ميزانية الدولة الجزائرية ما بين سنة 1994 و1999 أكثر من 800 مليار دينار جزائري وألف مليار دينار، وفي مدة تتجاوز 11 سنة، الأمر الذي أدى بدوره إلى تسريح أكثر من 500 ألف عامل جزائري.[1] ولهذا فإن هذه السياسة الإقتصادية والإجتماعية أوقعت شريحة هائلة من المجتمع في أزمة مادية مست بالدرجة أبناء الطبقات الفقيرة، فكانت بمثابة صدمة إجتماعية ونفسية لهؤلاء، تضاف إلى صدمة الظروف الأمنية الصعبة التي عايشوها خلال هذه الفترات من تاريخ المجتمع الجزائري .

إن وضع العمالة في المجتمع الجزائري لم يقتصر تدهوره خلال سنوات التسعينيات بل حتى عشرية الألفينيات عرفت تشجيعا للعلاقات الإقتصادية الرأسمالية، وبقي المجال مفتوحا للخواص والإستثمار الأجنبي وسيطرة كل ما هو رأسمالي على النشاطات الإقتصادية والخدمات الإجتماعية، الأمر الذي ساهم في الآثار السلبية التي يترجمها الوضع الصحي وإنتشار أمراض العصر المزمنة الأكثر تأثرا بهذه التبدلات المفاجئة والسريعة في حياة الأفراد، والتي تفرض ضغوطا لا حدود لها، وبخاصة في ظل المرحلة الشبابية التي يعيشها المجتمع (معظم الشباب في سن العمالة)، يضاف إلى ذلك النمو العمراني والحضري الذي يعرف إرتفاعا في معدلات المهاجرين من الريف إلى المدن...إلخ، ولعل عامل الهجرة في حد ذاته يقترن في الكثير من الأحيان بتغير العمل والنشاط وأحيانا بفرضه تغير العمل بدون إرادة صاحبه، الأمر الذي يعكس الإنتقال من حال إلى حال آخر، يضيف غالبا أعباء جديدة وضغوطات ترتبط بالتكيف والإندماج المفروضين على الوضع الجديد وربما زيادة مسؤوليات جديدة، فهذه جميعها ظروف تمثل مصدرا من مصادر القلق الشديد والتوتر...الخ،كما أن إرتفاع زيادة الهجرة الداخلية نحو المدن قد زادت من تعقيد الأمر، حيث كان لها الأثر البالغ في زيادة نسبة البطالة وندرة مناصب الشغل، بحيث لم تستطع الوحدات الصناعية والزراعية إمتصاصها، لذلك قد وصل عدد العاطلين عن العمل مثلا مع بداية سنة 1990 إلى 1.2 مليون أي ما يعادل نسبة 22% من اليد العاملة.[2] والبطالة كان لها الأثر البالغ على حياة أفراد العينة-حسب تصرحاتهم- مما زاد من حمل الضغوط المفروضة عليهم ودفع بهم إلى مزاولة نشاطات إضافية قد أنهكت صحتهم في الغالب. ومن الجدير بالذكره هنا أن العمل الصعب والمنهك مهما كان نوع العمل أو المهنة(المناجم، الأعمال الفكرية والمكتبية، الأعمال الصناعية ...إلخ)، يفرز ضغوطا وإجهادا قد يعرض الفرد إلى إصابته بمرض مزمنا من الأمراض العصرية كضغط الدم، داء السكري وأمراض القلب .

---

[1] نفس المرجع، ص 159.

[2] نفس المرجع، ص135.

المطلب الثالث : الحدث الأسري الأليم وعلاقته بإنتشار الإصابة بالمرض المزمن .

إن معالجة الحدث الأسري الأليم والضاغط لا تقل أهمية عن معالجة الحدث الإجتماعي-الأمني، من حيث التأثير على صحة الأفراد النفسية والعضوية، والمساهمة في إنتشار الإصابة بمرض الضغط الدموي داء السكري وأمراض القلب، فكما هو معروف أن الأسرة هي التي تمثل اللبنة الأولى في كيان المجتمع، وتظل الأسرة تؤدي أدوارا هامة في العديد من جوانب الحياة الإجتماعية، فهي تضمن تأمين البيئة الإجتماعية والدعم الإجتماعي للحفاظ على صحة الأفراد، كما لا يخفى أنها مجموعة مكونة من أقرب الأقارب يمثلون وحدة متماسكة قائمة على علاقات وإلتزامات متبادلة تفرض التعاون والتكافل والترابط والتضامن العائلي، كأمور مقدسة، ومن ثم فإن الوسط الأسري الذي يحي فيه هذا الفرد، يكتسي أبعادا متعددة، تشمل دور الحماية والرعاية والمساهمة في الوقاية من الأمراض، ولذلك يبقى حدوث أي حدث أليم وضاغط يمس بأحد أعضاء الأسرة مرهونا إلى حد كبير بالمساس بإستقرار جميع هؤلاء الأعضاء الذين ينتمون إلى محيط أسري واحد، فمن النادر أن لا يشعر الفرد الذي له إنتماء قرابي للأسرة في حالة تعرض أحد أعضائها إلى حدث أليم كالوفاة، الطلاق، المرض...الخ، وعادة ما يكون إستقرار الأفراد من نواحي شتى النفسية الإجتماعية الصحية مرهون باستقرار الأسرة، ولعل محتويات هذا المطلب ستكشف مؤشرات لها دلالات سوسيولوجية هامة ترتبط بمدى مساهمة الحدث الأسري الأليم في الإصابة بالأمراض المزمنة قيد الدراسة .

جدول رقم (114) : يبين تعرض أحد أفراد أسر المبحوثين الأقرباء جدا لحدث أليم وعلاقته بنوع الحدث قبل الإصابة بالمرض المزمن.

نوع الحدث الأسري الأليم / التعرض للحدث الأسري الأليم		التكـــرار	النسبة %
نعم	وفاة أحد أعضاء الأسرة	77	32.49
	حادث مرور خطير جدا لأحد أعضاء الأسرة	17	7.17
	مرض أحد أعضاء الأسرة	55	23.21
	فراق أو هجر عزيز عليك في الأسرة	34	14.35
	حدوث طلاق في الأسرة	37	15.61
	حدث آخر*	17	7.17
المجمـــــــــــــوع الجزئي		237	53.86 %100
لا		203	46.14
المجمـــــــــــــوع الكلي		440	%100

*ملاحظة: يتمثل حدث آخر في: الصراع الدائم ما بين أعضاء الأسرة، الصراعات الزوجية دون طلاق .

جدول رقم (115) : يبين تعرض أحد أفراد أسر المبحوثين الأقرباء جدا لحدث أليم وعلاقته بالشخص القريب الذي تعرض للحدث قبل الإصابة بالمرض المزمن .

التعرض للحدث الأسري الأليم	الشخص القريب الذي تعرض للحدث	التكـــرار	النسبة %	
نعم	الأب	67	28.27	
	الأم	63	26.58	
	أحد الإخوة أوالأخوات	51	21.52	
	الجد	12	5.06	
	الجدة	08	3.38	
	شخص آخر*	36	15.19	
	المجمـــــــــــــــــــــــوع الجزئي	237	53.86	%100
لا		203	46.14	
المجمـــــــــــــــــوع الكلي		440	%100	

* ملاحظة : يتمثل شخص آخر في : الزوج، الزوجة، الخطيب، الخطيبة،صديق عزيز، الأقرباء الآخرين كالأعمام والعمات .

يتضح من معطيات الجدول رقم (114) الذي يبين الحدث الأسري الأليم، الذي أثر بشكل كبير في صحة المبحوثين قبل إصابتهم بالمرض المزمن أن أعلى نسبة قدرت بـــ32.49%، هي للحدث الأليم المتمثل في وفاة أحد أعضاء الأسرة، والذي يندرج ضمن موقف المبحوثين المؤيد لمعايشتهم لحدث أليم ومؤثر على صحتهم في الوسط الأسري، وتأتي بعد ذلك نسبة معتبرة تقدر بـــ23.21% تعزز نفس الموقف وتمثل مرض أحد أعضاء أسر المبحوثين، كما سجل حدث الطلاق ضمن هذا الموقف المؤيد للمبحوثين نسبة تقدر بـــ15.61%، ثم تلاه حدث فراق أو هجر عزيز من الأسرة بنسبة تقدر بـــ14.35%، أما تعرض أحد أعضاء أسر المبحوثين لحادث مرور خطير وحدث آخر لنفس الموقف، فقد سجلا نسبة متساوية قدرت بـــ7.17%، وللإشارة فإن موقف المبحوثين المؤيد قد بلغت نسبته العليا بـــ53.86% مقارنة بالنسبة التي قدرت بـــ46.14% الممثلة للموقف المعارض.

ولعل التعرف على أقرباء المبحوثين الذين تعرضوا لهذه الأحداث الأسرية الأليمة والضاغطة قبل إصابتهم بالمرض المزمن يعتبر مؤشر له أكثر من دلالة سوسيولوجية في هذا المقام، الأمر الذي سيتضح أيضا من الجدول رقم (115)، والذي يمثل الشخص القريب الذي تعرض لحدث أليم في أسر المبحوثين، وعلى هذا الأساس يظهر أن أعلى نسبة قدرت بـــ28.27% ترجع لأقرب الأقربين بالنسبة للمبحوثين وهو الأب الذي تعرض لحدث أليم، وهذه النسبة جاءت تابعة لموقف المبحوثين الموافق على تعرض أحد الأقرباء جدا لحدث أليم، ويبقى هذا الموقف معززا بنسبة تقدر بـــ26.58% هي أيضا لأقرب الأقربين جدا بالنسبة

للمبحوثين أي الأم، ثم تأتي نسبة ثالثة معتبرة تقدر بـــ21.52%من نفس الموقف تمثل تعرض أشخاص مقربين جدا للمبحوثين وهم الإخوة والأخوات، وفي نفس السياق قدرت نسبة بـــ15.19% تعود إلى أشخاص آخرين، لهم صلة قرابة بالمبحوثين كالأزواج والأخوال والأعمام والخالات والعمات بالإضافة إلى الأصدقاء الأعزاء ...الخ، وفي الأخير تظهر نسبتين ضعيفتين من نفس الموقف، تقدر الأولى بـــ5.06% للجد، وتقدر الثانية بـــ3.38% للجدة وهما من الأقرباء جدا للمبحوثين أيضا، وتبقى المقارنة البسيطة تبين النسبة الغالبة، والتي تقدر بـــ53.86% تمثل موقف المبحوثين الموافق لتعرض أحد أقرباء المبحوثين جدا لحدث أليم، أما موقفهم الرافض فقد سجل نسبة تقدر بـــ46.14%.

إن الأحداث الأسرية الأليمة التي وردت آنفا قد تحدث في مجموعات سكانية متعددة، ولكنها تعتبر بشكل عام من أكثر الأعراض التي باتت تصيب المجتمع الذي يشهد عمليات تحديث وتحولات كبيرة، كما هو الحال بالنسبة للمجتمع الجزائري، ولعل من أبرز الآثار الناجمة عن هذه الأحداث تلك التي ترتبط بالضغوط الأسرية ووضعها الإجتماعي والصحي، وهذا بإعتبار أن زيادة الأحداث الأسرية والمشكلات الأسرية تعتبر أحد أبرز ظروف التحديث والتغير الإجتماعي السريع، فعلى سبيل المثال زيادة الصراعات الزوجية والطلاق، المشكلات المرتبطة بالأبناء تمثل مظهرا هاما من مظاهر هذه التحولات الإجتماعية، بالإضافة إلى الأحداث الأليمة الأخرى، التي قد تكون طبيعية كالوفاة والأمراض وزيادة معدلاتها في حالات كثيرة تفرضها أحداث وصدمات إجتماعية حياتية يومية، تكون ضاغطة وترتبط معها وتتزامن مع وجود ظروف مؤهبة لها، وما حصل في المجتمع الجزائري سنوات التسعينيات خير دليل، ولعل من خلال ما سبقت الإشارة إليه آنفا حول إمكانية إصابة جسم الإنسان بالخلل الوظيفي نتيجة التعرض للأحداث الحياتية الأليمة والضاغطة، يمكن القول أن هذه الأحداث تختلف في حدة ودرجة تأثيراتها وعمق أعراضها المرضية المرتبطة بها، فحسب تصريح الباحثين أن أحد الأحداث التي وردت في المراتب الأولى في الجدولين، وبخاصة منها وفاة أحد أعضاء الأسرة الأقربين جدا لهم كما هو الحال بالنسبة للأب والأم، ففقدان هذين الشخصين اللذين يمثلان المكانة الأبوية والأمومة داخل الأسرة، يعني فقدان الذات الإجتماعية العضوية والنفسية للكثير من الأشخاص، الذين يتعرضون لهذه الحالات وبخاصة لمن كانت لهم تبعية عاطفية شديدة تجاه الأسرة وأعضائها، وفي هذا الصدد تم سماع تصريحات بعض المبحوثين أثناء الدراسة الميدانية هي كالآتي: " اللي فقد باباه ولا يماه واش بقالوا"، " من نهار توفى الوالد كرهت الدنيا وبديت نمرض "، " أخذيت صدمة من وفاة الأم" والواضح والمؤكد أن الوالدين وظيفتهما تكتسي أبعاد متعددة، منها التكفل الصحي النفسي والإجتماعي والثقافي والمعرفي والتربوي...الخ، فبسبب قوة هذه الأواصر الصحية والمادية والمعنوية يتأثر الأفراد وإن كانوا بعيدين عن سقف عيش الوالدين.

وخلافا لما يعتقد الكثيرون فإن للأب مكانة ودورا هاما ضمن نسق الأسرة فوجوده ضروري للإنسجام والتوازن والحماية ...الخ، فهو قدوة بالنسبة للأبناء والبنات، لذلك يعتبر سندا سيكولوجيا حقيقيا يمثل النموذج الإجتماعي المفضل والمرجعية الأساسية في الفضاء الأسري، ولعل نفس الملاحظة تقال في شأن

الأم، فالحب الأمومي يعبر بكل وضوح عن الأمن وسعادة الأبناء، لأن مزاجها العاطفي وطبيعة العلاقات التي تقيمها مع أفراد الأسرة ليس لها بديلا أبدا، ولأجل هذه وذاك فإن لمجرد غياب الأب أو الأم الإفتراضي أو إنحرافاتهما السلوكية أو المزاجية، يمكن أن تكون عواقب ذلك وخيمة على حياة أعضاء الأسرة فما بال تعرض أحدهما لحدث الوفاة الذي يترك فراغا يصعب ملأه، ولعل إفتقاد أي عزيز من الأسرة كالإخوة والأخوات يبقى يمثل حدث مؤثر، قد يساهم أيضا في الإصابة بالأمراض السيكوسوماتية التي تعتبر أمراض نفسية وإجتماعية إلى حين يتخذ أعراضها شكلا جسميا .

ومن خلال دراسات وتجارب كثيرة حول مسألة فقدان عزيز من الأسرة، تم إثبات أن العزلة الإجتماعية والإفتقاد إلى الدفئ الأسري والإجتماعي والأصدقاء والأعزاء والأوفياء، وحتى عدم التوافق الأسري وإحتدام الصراعات الزوجية، جميعها أحداث قد تترك بصماتها في شكل ضغوط تتحول في النهاية إلى إرتفاع في معدلات الإصابة بمرض الضغط الدموي.[1] وهذا المرض كما ذكر سابقا يمثل بدوره عامل خطر على الإصابة بالأمراض القلبية، ولعل الدراسة التي أكدت بمستوى عال دور الأحداث الإجتماعية والأسرية الأليمة والضاغطة، هي تلك الدراسة التي قام بها الباحثان "هولمز""وراها" بوضع قائمة تتضمن حوالي ثلاثة وأربعين حدث تتراوح من الشدة إلى البساطة، أي تنطلق من أشد حدث مؤثر إلى أقل منه، فظهر في النتائج أن الوفاة إحتلت المرتبة الأولى ثم تلاها حدث الطلاق، وهما أهم حدثين هامين يؤثران في حياة الأفراد، وبعد ذلك تأتي الأحداث البسيطة.[2] والحقيقة التي أقر بها المبحوثين هي أن الأزمة الإجتماعية والأمنية التي عرفها المجتمع الجزائري في سنوات التسعينيات كانت من وراء تعرض عدد معتبر من هذه الأحداث ومن أهمها الوفاة، يضاف إلى ذلك الأعباء الثقيلة التي أصبحت ملقاة على عاتق الفرد في ظل سمات هذا العصر المنافسة، الحرمان، الفشل ...الخ .

إن نتائج الكثير من الأبحاث أيضا وجدت أن أحداث الحياة تختلف من البسيط إلى العنيف، لذلك إهتم بعض الباحثين بإكتشاف الأحداث الأكثر تأثيرا كالمصائب مثل الموت والطلاق، وعلى سبيل المثال وجد في دراسة أن الذين يعانون من نوبات قلبية يكونون أكثر عرضة لمثل هذه الأحداث الحياتية، ونفس العلاقة تحدث مع أفراد مصابين بأمراض أخرى كالبول السكري والقرح...الخ، كما وجد أن المطلقين من الرجال الذين دخلوا المستشفى أربع مرات وأكثر تحصلوا على نسبة 31%، أما الرجال الذين لم يدخلوا المستشفى إلا نادرا وكانوا من المطلقين لم يسجلوا سوى نسبة 10%، وبالمقارنة ظهر أن المطلقين كانت صحتهم أسوأ من المتزوجين، ونفس الملاحظة سجلت لحالات الترمل أو الثكلى إذ سجلوا أكثر من غيرهم بثلاث أضعاف في الدخول إلى المستشفى في خلال أول سنة من الترمل، ومكثن مدة طويلة من المعاناة في

---

[1] محمد محسن إبراهيم، المرجع السابق، ص 26.

[2] عبد الرحمن العيسوي، المرجع السابق، ص119.

الفراش مقارنة بالمجموعة الضابطة.[1] وتتفاوت هذه الحالات وفقا لمستوى التوتر الذي تحدثه وكيفية مواجهة الشخصية وإستجاباتها .

المطلب الرابع:نطاق مساهمة الأحداث الإجتماعية والأسرية الأليمة في إنتشار الإصابة بالمرض المزمن.

حتى يتم تعزيز أكثر ما تم التوصل إليه حول إنعكاسات الأحداث الإجتماعية والأمنية والأسرية الأليمة، التي تعرض لها أفراد العينة أو عايشوها أو واجهوها في حياتهم اليومية قبل إصابتهم بالمرض المزمن، وظهر تأثيرها ودورها في الكثير من الجوانب الإجتماعية والنفسية بالنسبة لصحتهم النفسية والعضوية، يمكن التعرض ضمن هذا المطلب من الدراسة الميدانية إلى مدى تأثير هذه الأحداث الإجتماعية والأسرية المولدة للضغوط والآلام الحياتية، والتي بلا شك تثبت مرة أخرى الأهمية الكبرى للوسط الإجتماعي والأسري على حد سواء، لفهم مسألة إنتشار الإصابة بأمراض العصر المزمنة (ضغط الدم، السكري والقلب)، ويتأكد أيضا أن المستوى الصحي للأفراد يعكس المستوى الصحي للمجتمع والأسرة معا، بإعتبار الإنتماء القوي الذي يربط الأفراد بهما .

جدول رقم (116) : يبين علاقة تأثر صحة المبحوثين بضغوط وآلام الحدث الإجتماعي الأليم الذي عايشوه في المجتمع بمدى مساهمة ذلك في إصابتهم بالمرض المزمن قبل حدوثه .

مدى المساهمة في الإصابة بالمرض المزمن التأثر بضغوط وآلام الحدث الإجتماعي		التكـــرار	النسبة %
نعم	كليا	109	35.23
	جزئيا	138	44.66
	لم تساهم	62	20.06
المجمـــــــــــــوع الجزئي		309	70.23 %100
لا		131	29.77
المجمـــــــــــــوع الكلي		440	%100

[1] نفس المرجع، ص-ص 122-124.

جدول رقم (117): يبين علاقة مدة إصابة المبحوثين بالمرض المزمن بمدى مساهمة الأحداث الإجتماعية والأسرية الأليمة، في إصابتهم به.

مدى المساهمة في الإصابة بالمرض المزمن / مدة الإصابة بالسنوات	كليا	جزئيا	لم تساهم	المجمـــوع
] 4 - 0]	76 %35.51	83 %38.79	55 %25.70	214 %100
] 9 - 5]	27 %31.04	32 %36.78	28 %32.18	87 %100
] 14 - 10]	20 %30.30	22 %33.33	24 %36.37	66 %100
] 19 - 15]	11 %35.48	14 %45.16	06 %19.36	31 %100
] 24 - 20]	06 %54.55	03 %27.27	02 %18.18	11 %100
] 29 - 25]	02 %28.57	02 %28.57	03 %42.86	07 %100
] 34 - 30]	13 %54.17	05 %20.83	06 %25	24 %100
المجمـــــــوع	155 %35.23	161 %36.59	124 %28.18	440 %100

إن التمعن في نتائج الجدول رقم (116)، الذي يمثل تأثر صحة المبحوثين بضغوط وآلام الحدث الإجتماعي الذي عايشوه في المجتمع قبل إصابتهم بالمرض المزمن، ومدى مساهمة ذلك في إصابتهم به، يكشف أن هناك نسبة عالية قدرت بـــ44.66% جاءت تمثل تصريح المبحوثين بالمساهمة الجزئية وتندرج ضمن موقفهم المؤيد لتأثرهم بضغوط وآلام الحدث الإجتماعي، وفي نفس المنوال تظهر نسبة معتبرة تقدر بـــ35.23% تعزز هذا الموقف المذكور، وتمثل تصريحات المبحوثين بالمساهمة الكلية لهذا النوع من الضغوط والآلام في إصابتهم بالمرض المزمن، أما المبحوثين الذين صرحوا بعدم مساهمة آثار هذا الحدث الإجتماعي الأليم في إصابتهم بالمرض فقد سجلت تصريحاتهم نسبة تقدر بـــ20.06%، وعلى سبيل المقارنة بين من تأثروا بهذا الحدث ومن لم يتأثروا به، يظهر أن صنف المؤيدين من المبحوثين لمسألة تأثر صحتهم، قد أحرزوا أعلى نسبة قدرت بـــ70.23% مقابل صنف الرافضين لهذه المسألة، والذين لم يحرزوا سوى 29.77% من مجموع الإجابات.

ولا شك أن مدة المعاناة من المرض لها دور في بلورت تقييمات المبحوثين لمدى مساهمة ضغوط وآلام الأحداث الإجتماعية والأسرية الأليمة وبصفة مجتمعة في إصابتهم بالمرض المزمن، الأمر الذي يمكن إكتشافه من نتائج الجدول رقم (117) الذي خصص لهذا الشأن، وعلى هذا النحو يظهر أن النسبة العالية التي تقدر بـــ36.59%، قد عادت إلى المبحوثين الذين إنحصرت إجابتهم في المساهمة الجزئية لهذا الشكل من

الضغوط والآلام في إصابتهم بالمرض المزمن، مقابل نسبة تقدر بـــ35.23% تمثل المساهمة الكلية، ونسبة 28.18% تمثل الموقف الذي إنحصر في عدم المساهمة .

ومن منطلق الإتجاه العام للجدول تظهر نسبة عالية تقدر بـــ45.16% تدعم هذا الإتجاه المنحصر في المساهمة الجزئية، وتمثل فئة مدة الإصابة [15-19[سنة، تقابلها نسبة دنيا تقدر بـــ19.36% لنفس فئة المدة، غير أنها تصنف ضمن موقف المبحوثين المنحصر في عدم المساهمة، أما النسب المتبقية التي تعزز الإتجاه العام أيضا فقد جاءت متفاوت حسب مدة الإصابة على النحو الآتي : نسبة 38.79% لمدة الإصابة التي تنحصر في فئة [0-4[سنوات، مقابل أقل نسبة لنفس الفئة تقدر بـــ25.70%لعدم المساهمة، نسبة 36.78% لمدة الإصابة [5-9[سنوات، مقابل أدنى نسبة تقدر بـــ31.04%لنفس فئة المدة ولكنها تمثل المساهمة الكلية، نسبة 33.33% لمدة الإصابة [10-14[سنة، مقابل أدنى نسبة تقدر بـــ30.30% لنفس المدة، وهي تمثل المساهمة الكلية، نسبة 28.57% لمدة الإصابة [25-29[سنة، تقابلها النسبة نفسها من المدة نفسها وتمثل المساهمة الكلية، ثم تأتي نسبة 27.27% لمدة الإصابة [20-24[سنة، تقابلها نسبة 18.18% لنفس المدة، غير أنها تمثل عدم المساهمة، وأخيرا تأتي نسبة 20.83% لمدة الإصابة [30-34[سنة، يقابلها نسبة 25% لنفس المدة ولكنها تمثل عدم المساهمة.

ومما يعزز لحقيقة التي برزت في كثير من زوايا هذا المحور والمتمثلة في أثر عامل البعد السوسيو-أمني في إصابة أفراد العينة بهذه النوعية من الأمراض العصرية المزمنة، هو ما يمكن إستقراءه من خلال مدة المعاناة من الإصابة بالمرض نفسه، حيث برزت هذه الأخيرة في مدة تصل إلى عقدين من الزمن ضمن المساهمة الجزئية، والتي تبقى تلك التأثيرات التي خلفتها العشرية السوداء لصيقة بردود الفعل وإستجابات المبحوثين في كل مرة، ومن هنا يبدو الدور الذي لعبته الآثار الناجمة عن الضغوط والآلام الإجتماعية والأسرية، وهذه التأثيرات لا تخرج في الغالب عن نطاق البيئة الإجتماعية والأسرية، المحيطة بالإنسان أو عن الجوانب السيكولوجية والإجتماعية التي تتوافر فيها، لذلك يمكن القول أنه إذا كان الإنسان إبن البيئة والوراثة فإن ما يتعرض له من أحداث إجتماعية وأسرية ضاغطة وأليمة، يمثل شطر كبيرا من البيئة المجتمعية، بإعتبار الإنسان وحدة متكاملة ومتفاعلة إجتماعيا ونفسيا تؤثر كل عناصره في بعضها البعض وتتأثر بما يحيط بها، لذلك فمسألة تأثيرات الأحداث الإجتماعية والأسرية والضغوط والآلام الناجمة عنها هي مسألة هامة ترتبط أو تؤثر في الصحة بشكل منفرد، كما يمكن أن ترتبط أو تؤثر مجتمعة مع عوامل أخرى كفقدان الدعم المادي الإجتماعي والأسري، العادات والممارسات غير الصحية (التغذية)، عدم القدرة على الكيف والإستجابة تجاه مشكلات الحياة (نقص الوعي الصحي)، إضافة إلى الفروقات والخصائص الفردية التي تختلف من شخص إلى آخر، فمثلا يتأثر المسن أكثر من غيره في هذه الناحية والمرأة كذلك، والمريض مسبقا من الممكن أن يتأثر بشكل أكبر عند حدوث أي تأثير ضاغط أو تغيير عليه من حال إلى حال، فهناك تفاوت عام بين الأفراد في تعرضهم ومعاناتهم من الضغوط والآلام الحياتية .

ولأجل إستعاب أكثر ما تم عرضه آنفا، وبخاصة لما تعلق الأمر بالآثار التي خلفها الحدث الإجتماعي الأليم في محيط المجتمع الكلي على صحة أفراد العينة ومساهمة ذلك في إصابتهم بالمرض المزمن، قد أستخدم معامل الإرتباط كا^2 والذي جاءت تقديراته بـــ32.09 ممثلة في كا^2 المحسوبة، عند درجة الحرية 03، مستوى الخطأ 0.05، وفي مقابل ذلك جاءت تقديرات كا^2 المجدولة بـــ07.81، وهذا مؤشر على وجود دلالة إحصائية بين متغيري الحدث الإجتماعي الأليم والمساهمة في الإصابة بالمرض المزمن.

جدول رقم (118) : يبين جنس المبحوثين وعلاقته بتأثرهم بضغوطات وآلام الأحداث الأسرية الأليمة قبل إصابتهم بالمرض المزمن .

التأثر بضغوط وآلام الأحداث الأسرية / الجنس	نعم	لا	المجمـــوع
ذكور	115 %55.83	91 %44.17	206 %100
إناث	135 %57.69	99 %42.31	234 %100
المجمـــوع	250 %56.82	190 %43.18	440 %100

جدول رقم (119) : يبين نوعية الضغوط والآلام التي عايشها المبحوثين بسبب الأحداث الأسرية الأليمة قبل إصابتهم بالمرض المزمن .

نوعية الضغوطات والآلام	التكرار	النسبة %
صدمة نفسية	227	59.58
توتر عصبي	24	06.30
قلق شديد	112	29.40
آلام وضغوطات أخرى*	18	04.72
المجمـــــــــوع	381**	100

* ملاحظة: تتمثل ضغوطات وآلام أخرى في : الملل، الإنطواء، الإحباط، فقدان الأمل، اللجوء إلى التدخين .

** المجموع 381 راجع إلى أن إجابات المبحوثين بنعم قد تعددت وتكررت لدى البعض منهم .

تبين نتائج هذه الدراسة من خلال معطيات الجدول رقم (118)، الذي يمثل جنس المبحوثين وعلاقته بتأثرهم بضغوطات وآلام الأحداث الأسرية قبل إصابتهم بالمرض المزمن، أن هناك نسبة معتبرة تقدر بـــ56.82% قد عادت إلى موقف المبحوثين المؤيد لتعرضهم لضغوطات وآلام ناتجة عن الأحداث الأسرية التي عايشوها، وذلك مقابل نسبة تقدر بـــ43.18% لموقفهم المعارض .

وبالعودة إلى متغير الجنس الذي يلعب دورا محوريا في هذا المقام، حيث يؤكد هذا الأخير ما هو متداول في الأوساط الطبية والإجتماعية حول تأثر الإناث أكثر بالضغوط والآلام النفسية والإجتماعية مقارنة بالرجال، الأمر الذي ظهر في تسجيل أعلى نسبة قدرت بـــ57.69% تندرج ضمن الإجابات المتمركزة حول الموقف المؤيد، مقابل نسبة تقدر بـــ42.31% هي للموقف المعارض، أما الذكور فقد سجلوا نسبة تقدربـــ55.83%، وهي نسبة تابعة للموقف المؤيد مقابل نسبة تقدر بـــ44.17% تمثل الموقف المعاض.

ومن خلال نتائج الجدول رقم(119) الذي يمثل نوع الضغوط والآلام التي عايشها المبحوثين في الوسط الأسري، يتضح أنهم قد تعرضوا أكثر إلى أن الصدمة النفسية، التي إحتلت المرتبة الأولى وبنسبة بـــ59.58% يلي ذلك القلق الشديد وبنسبة معتبرة أيضا تقدر بـــ29.40%، أما المبحوثين الذين عانوا من التوتر العصبي بسبب الأحداث الأسرية الأليمة فلم يسجلوا سوى نسبة تقدر بـــ6.30% وتبقى ضغوطات وآلام أخرى لم تسجل أيضا إلا نسبة بـــ4.72% .

إن هذه النتائج تؤكد حقيقة هامة مفادها أن الأحداث الأسرية وضغوطها وآلامها النفسية لا تؤدي إلى الإضطرابات النفسية فحسب، وإنما ترتبط كذلك بالأمراض الجسمية أو الأمراض السيكوسوماتية – كما ذكر آنفا – ولعل الصدمة النفسية التي إحتلت المرتبة الأولى بين هذه النتائج تمثل خطرا كبيرا يهدد حياة الأفراد، بإعتبارها حدث مفاجئ وغير متوقع يتسم بالحدة ويهاجم الكيان الإنساني، ويرفع شدة الضغط لديه مما قد يؤدي إلى نشأة الخوف العميق والعجز أو الرعب...الخ، ويذهب أصحاب مفهوم الصدمة النفسية إلى أنها قد تحدث إختلالا في العمليات الحيوية داخل الجسم وخارجه، حيث تشكل ضغطا قويا على السوائل والهرمونات والنواقل العصبية، الأمر الذي يؤدي بدوره إلى إضطرابات الغدد الكظرية والأدرينالية ومن ثم الإحساس بالضغط، التوتر، الحساسية الزائدة، التوتر، إضطراب النوم، تصبب العرق، توتر العضلات، ومن ثم إفراز عمليات متعاقبة ما بين الخوف والقلق، وحتى في حالات إنتهاء الخوف يبقى من آثاره ما سيعزز القلق مع مرور الزمن.[1] وقد تبرز الآثار أقوى من ذلك في حالة كانت ثقة الفرد بذاته وبأسرته ضعيفة أي بمن يوفر له الدعم الإجتماعي.

ولقد ربط الكثير من المبحوثين هذا النوع من الضغوط والآلام الحياتية أي الصدمة النفسية بالصدمة الإجتماعية التي تعرض لها المجتمع الجزائري خلال سنوات التسعينات وما بعدها، ومن ذلك قولهم " صدمتنا عشر سنين جوزناها خوف وتقلاق"، يضاف إلى ذلك ما إعترض سبيل حياتهم اليومية من متاعب وأعباء

[1] أحمد محمد بدح، أيمن سليمان مزاهرة، زين حسن بدران، المرجع السابق، ص-ص 112-113.

تتجاوز طاقة تحملهم في هذا العصر الذي أصبح يوصف بأنه عصر القلق والتوتر والصراع والأزمات والمشكلات الإجتماعية والنفسية .

ولتأكيد أكثر مدى مساهمة تأثير الأحداث الإجتماعية والأسرية الأليمة والضاغطة على إنتشار الإصابة بهذه النوعية من الأمراض المزمنة، قد تم الإقتراب من الفريق الطبي العامل بمصلحتي أمراض القلب والسكري بمستشفى مصطفى باشا، حيث تمت مقابلة أبرز المتخصصين من الأطباء وذوي الخبرة الطويلة والتي تجاوزت في معظم المقابلات ثلاثين سنة، فهذه المدة تعكس معايشتهم لأبرز الأحداث التي عرفها المجتمع الجزائري منذ عقدين من الزمن، لقد إتفق جميع الأطباء وبخاصة منهم البروفسور" خير الدين مراد بودية" "Kheir Eddine Merad Boudia" رئيس مصلحة أمراض القلب، وعلى القول بأن هناك أحداث إجتماعية وأمنية كالعشرية السوداء وما أفرزته من عنف مستمر، وفاة يوميا، جرائم، نقص الأمن، الخوف، صدمات نفسية، الرعب...إلخ، بالإضافة إلى الهجرات الفردية والجماعية نحو المدن وما صاحب ذلك من إكتظاظ سكاني، وهذا من شأنه إضعاف الدعم الإجتماعي الضروري لمقاومة الضغوط النفسية والإجتماعية لدى الفرد الجزائري، ولعل أبرز الآثار السلبية المرتبطة بالأحداث الإجتماعية والأسرية الأليمة والضاغطة التي عايشها الفرد الجزائري، تلك التي حطمت طموحات العديد من الأفراد ليس لدى الفقراء بل حتى ذوي المكانة الإجتماعية المرموقة، بالخوف، القلق، الصدمات العنيفة ...الخ، فجميع تلك الحالات ينتج عنها أمراض نفسية وعضوية تجعل من حياة الفرد مرحلة غير مستقرة في كافة المناحي الحياتية، والحقيقية التي ركز عليها الأطباء والتي لا بد من الإشارة إليها أن الفرد الجزائري قد تعرض إلى عدة نكبات صحية منذ الإستعمار الفرنسي إلى يومنا هذا، الأمر الذي يظهر الآن في شكل أمراض مزمنة كالضغط الدموي المرتفع، داء السكري وأمراض القلب.*[1]

* ولمزيد من المعلومات، أنظر المطلب الخاص بالضغوط الإجتماعية والنفسية وتأثيراتها في الإصابة بالأمراض المزمنة، المبحث الأول، الفصل الثالث من الباب الأول للدراسة النظرية.

إستنتاج الفرضية الرابعة :

من خلال الدلالات الإحصائية والسوسيولوجية المستخلصة من المتغيرات والمؤشرات المفككة والمعالجة ضمن جداول هذه الفرضية، والتي تهدف إلى الكشف عن دور الحدث الإجتماعي الأليم والضاغط وتأثيراته في إنتشار الإصابة بمرض ضغط الدم، داء السكري وأمراض القلب، وهذا من خلال أبرز الأحداث التي عايشها المبحوثين قبل إصابتهم بالمرض المزمن، فقد تم التوصل إلى مجموعة من النتائج يمكن تلخيصها فيما يلي :

لقد إتضح أن أفراد العينة قد عانوا الكثير وعايشوا أبرز الأحداث والأزمات والصدمات الإجتماعية الأليمة والضاغطة، ومعايشتهم لأخطر حدث سوسيو-أمني عرفه المجتمع الجزائري إرتبط بظاهرة العنف بمختلف أشكالها والعنف الإرهابي بوجه الخصوص في فترة التسعينيات، الأمر الذي إنعكس سلبا على صحة هذه الشريحة من المجتمع ليس فقط خلال العشرية السوداء كما تسمى، وإنما إستمرت إنعكاسات ذلك أعوام بعد إنتهاء هذه المرحلة التاريخية التي تعد أعنف مرحلة في تاريخ المجتمع الجزائري الحديث، لأن آثارها الصحية قد فاقت كل التصورات -حسب تصريح المبحوثين- حيث كانت ظاهرة الإرهاب مقلقة جدا تستهدف الأشخاص دون تحديد (الأطفال، النساء،...)، كما تستهدف كل الأماكن دون تحديد أيضا (المقاهي، التجمعات السكنية، الإدارات...)، الأمر الذي جعلها توصف بالظاهرة العالمية بدون هوية، والأكثر من هذا هو إستخدام العنف والقوة والبطش والقتل، ليس فقط لإسقاط ضحايا في أغلب الحالات يكونوا أبرياء وإنما إحداث نوع من التهويل وخلق حالة الرعب والذعر والهلع في الوسط المجتمعي، إذا فهذا الحدث السوسيو-أمني لم يفرز فقط صراعات سياسية، إجتماعية، دينية، وعسكرية، إستعمل فيها كل طرف ما يملك من وسائل العنف، وإنما خلق حالة من الفوضى والأنوميا إستمرت لسنوات وتركت رواسب للجريمة والعنف باتت ترتكب وتنسب إلى ظاهرة الإرهاب .

إن الآثار التي نجمت عن هذا الحدث الأليم والضاغط بالنسبة للمبحوثين لم تكن سهلة من حيث تجاوزها، بل زرعت الخوف من الموت في أنفسهم وجعلتهم يتفقون في قولهم "عشر سنين بركات" وقولهم أن حياتهم اليومية إنقلبت رأسا على عقب، نتيجة معايشتهم لأحداث أليمة أخرى كفقدان الأشخاص الأقرباء والأعزاء، الأمر الذي أفقدهم الجانب الأمني والإطمئنان في حياتهم اليومية، لأن الخوف هو أبرز العوامل وأكثرها من حيث التأثير النفسي والجسمي، فهو يؤدي إلى آلام وضغوط مستمرة ينجم عنها إضطراب السلوكيات المختلفة لدى الفرد والجماعة داخل المجتمع الواحد، يضاف إلى ذلك من تبعاته تدني المستوى المعيشي للأفراد، تراجع مسألة الإنفاق في نواحي عديدة كالصحة العامة، الإسكان والتعليم وهذه أوضاع بدورها تشكل ضغوطا على أفراد المجتمع.

إن هذا الحدث الإجتماعي الأمني لم يستثني لا النساء ولا الرجال كما سبقت الإشارة – غير أن تعرض شريحة النساء -حسب نتائج الفرضية- كان ضارا بشكل أكثر إجتماعيا ونفسيا، وبخاصة ببعض مظاهر العنف الشنيعة، وهذا نظرا لأن المرأة بطبعها لا تقوى على مواجهة مواقف العنف الإجتماعية

والأخطار المختلفة مقارنة بالرجال، ولا يخفى على أحد أن شريحة النساء كانت الفئة الإجتماعية الأولى المستهدفة ضمن تحقيق أهداف العمل الإرهابي في المجتمع الجزائري (سبايا، غنيمة حرب، متعة جنسية ...)، وهذا ما أدى إلى تعرضها إلى الإنفعالات والمخاوف والإضطربات أينما حلت وأرتحلت .

كما تظهر نتيجة أخرى تشير إلى أن شريحة المتزوجين قد عانوا أكثر من غيرهم من الحالات العائلية الأخرى من حدث الإرهاب، وهذا يعني أن شريحة المتزوجين تتعرض لآلام وضغوط بشكل مضاعف، نتيجة إنشغالهم بخوفهم عن أنفسهم وعن أبنائهم وأسرهم ومستقبلهم، الأمر الذي يعزز النتيجة التي أوضحت أيضا أن أفراد العينة الذين كانوا ينتمون إلى نمط الأسرة الممتدة قد تأثروا أكثر مقارنة بمن ينتمون إلى أسر نووية، والسبب في ذلك يرجع إلى أن إزدياد عدد أعضاء الأسرة يعني زيادة التفاعل بينهم والتأثر بالإنفعالات والآلام والضغوط التي تلحق بأحد أعضاء الأسرة، ولقد ظهر ميل بارز حول معايشة المبحوثين من أصل ريفي لحدث الإرهاب، فالريف كما هو معلوم كان يمثل مسرحا لمعظم عمليات العنف الممارسة ضد السكان، الأمر الذي ضايق أكثر سكان الريف ودفع بهم إلى الهجرة نحو المدن الكبرى، وهذا التصرف زاد بدوره من ضغوط هؤلاء، لأنه حتى المدن الجزائرية لم تكن حصينة على إختراق العنف الإرهابي لها، مما أدى إلى سوء الوضع الإقتصادي وتضاعف المشكلة .

ومما أكد أكثر حقيقة معايشة المبحوثين للحدث الإجتماعي-الأمني المتمثل في الإرهاب هو مدة الإصابة بالمرض المزمن التي بلغت مستويات معتبرة خلال عقدين من الزمن أي منذ بداية سنوات التسعينيات، الأمر الذي جعل صحتهم هشة وأرضية خصبة لظهور هذا النوع من الأمراض العصرية المزمنة، الذي يجد طريقة بسرعة إلى جسم الإنسان في حالات الإنفعالات والآلام والضغوط اليومية المفروضة على الأفراد.

إن من أبرز نتائج هذا النوع من الأحداث الإجتماعية والأمنية هي الهجرة، التي تعد من أهم الظواهر التي قد يعيشها جميع الأفراد في المجتمع، ولكن أن تكون هذه الهجرة كحدث إجتماعي فجائي وسريع فذلك شيء آخر على الرغم أنها تعني الإنتقال من مكان إلى مكان آخر فقد تضر بصحة الأفراد، الأمر الذي تعرض له عدد معتبر من أفراد العينة وبشكل كبير من الريف إلى المدينة، وكما سبقت الإشارة إليه، فإن عامل البحث عن حياة آمنة وشغل أفضل في المدينة هو من كان وراء هجرتهم -حسب تصريحاتهم- والجدير ذكره أن آثار هذه الظاهرة لا تقتصر عن سلوك الإنتقال وما ينجر عنه من قلق وتوتر وتخوف من المستقبل، وإنما المشكلات الجديدة والمعوقات المختلفة dysfonctions التي تعيق إندماجهم وتكيفهم مع الوضع الجديدة، هي من يضاعف ضغوطاتهم في الحياة اليومية الجديدة، يضاف إلى ذلك الممارسات غير الصحية التي تفرض عليهم بشكل غير مباشر، كالعادات الغذائية السيئة...الخ، إلى جانب التغير في النشاطات والأعمال التي تختلف غالبا عما هو موجود في الريف (الأعمال والوظائف ذات الحركة القليلة والمسمنة) .

وفي هذا السياق تم التوصل إلى نتيجة إرتبطت بحدث التغير في العمل والنشاط والذي برز لدى المبحوثين وفي تصريحاتهم، وبخاصة لدى الرجال منهم ، كما هو الحال بالنسبة لتغيير النشاط أو العمل جذريا، التوقف عن العمل والمعاناة من البطالة، زيادة ساعات العمل لتحصين لقمة العيش، القيام بأعمال غير مناسبة، مشكلات في مجال العمل ...الخ، وهذه مشكلات قد تزامنت في معضمها مع آثار الإنتقال إلى النظام الإقتصادي والسياسي الجديدين في المجتمع الجزائري مع بداية سنوات التسعينيات، وما نتج عن ذلك من خوصصة المؤسسات وتسريح لعدد كبير من العمال...الخ، وهذه التبدلات والتنقلات السريعة والمفاجئة تفرض ضغوطا وآلام إجتماعية ونفسية لا حدود لها على صحة الأفراد .

وكما هو معلوم فإن ما تعرض له المجتمع الجزائري من أحداث إجتماعية وأمنية قد إنعكست على إستقرار الأسرة الجزائرية، الأمر الذي ظهر من خلال نتائج هذه الفرضية، حيث تبين أن أكثر من نصف أفراد العينة قد تعرضوا وعايشوا أحداث أسرية مؤلمة وضاغطة كما هو الحال بالنسبة لحدث الوفاة، مرض أحد أفراد الأسرة، الطلاق فراق شخص عزيز ...الخ، غير أن حدث الوفاة قد إحتل المراتب الأولى ضمن أهم الأحداث الأسرية المؤثرة في صحة المبحوثين ، ولعل ما زاد المسألة تعقيدا وفاة أقرب الأقربين للمبحوثين وهما الأب والأم، وفقدان هذين الشخصين العزيزين، يؤدي من دون شك للإفتقاد إلى الدفء الأسري بإعتبارهما سندا إجتماعيا وسيكولوجيا ومرجعية هامة ضمن نسق الأسرة، وحتى الأحداث الأخرى التي ظهرت في مراتب متفرقة بعد وفاة الوالدين كوفاة الإخوة والأخوات، صراعات زوجية وطلاق، جميعها أحداث تنعكس على صحة الأفراد في شكل ضغوطات وآلام، قد تستمر طويلا وتساهم لا محال في الإصابة بأمراض العصر المزمنة (الضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب) .

ولعل إقرار غالبية المبحوثين وبخاصة منهم جنس الإناث بمعاناتهم الفعلية بسبب ضغوط وآلام الأحداث الأسرية تعتبر مؤشر قوي، على درجة تأثير هذا النوع من الضغوط الحياتية في الإصابة بأمراض العصر المزمنة، ولقد إحتلت الصدمة النفسية التي تعرض لها المبحوثين المرتبة الأولى كحالة تمثل خطرا يهدد صحة الأفراد النفسية والجسمية والإجتماعية، يضاف إلى ذلك القلق والتوتر الشديدين، وهذه النتيجة تؤكد مرة أخرى الحقيقة التي مفادها أن الضغوط والآلام النفسية لا ترتبط فقط بالأمراض النفسية بل ترتبط أيضا بالأمراض الجسمية وتزداد تأثيرا بالأحداث والأزمات الإجتماعية والأسرية الأليمة .

ولقد دعم موقف المبحوثين النهائي مما تم التوصل إليه حول إنعكاسات الأحداث الإجتماعية والأمنية والأسرية تصريحهم البارز المرتبط بتأثرهم الحقيقي بهذا النوع من الأحداث وضغوطاتها وآلامها المختلفة المساهمة ولو جزئيا في إصابتهم بالمرض المزمن، خاصة وأن مدة معاناتهم من المرض قد أبرزت هي الأخرى التأثيرات التي تركتها العشرية السوداء، وما صاحبها من إضطربات إجتماعية وسيكولوجية أثرت على صحتهم وجعلتها عرضة للإصابة بهذه النوعية من الأمراض المزمنة، وهذا بإعتبار أن الإنسان بنية تكاملية تتفاعل فيما بينهما ولا تتأثر فقط بما هو وراثي وإنما تعرض حياته في شقيها الإجتماعي والنفسي له دورا كبير في مسألة الإصابة بمثل هذه الأمراض، التي تتخذ شكلا جسديا في ظاهرها ولكن في باطنها تكون

صلتها وثيقة بالإنفعالات التي تتعرض لها وهذا ما أكدته أيضا أراء مجموعة الأطباء الذين تمت مقابلتهم أثناء الدراسة الميدانية.

ومما سبق ذكره يتضح أن هذه الفرضية المتعلقة بالحدث الإجتماعي الأليم وتأثيراته في إنتشار الإصابة بمرض إرتفاع الضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب، قد تحققت في كثير من مؤشراتها وأبعادها كما هو الحال بالنسبة لبروز آثار الحدث السوسيو-أمني (ظاهرة الإرهاب)، تأثير حدثي الهجرة والتغير في العمل المفاجئين، أثر الحدث الأسري الأليم والضاغط، وحتى مؤشر مدى مساهمة تأثير ضغوط وآلام الأحداث الإجتماعية والأسرية مجتمعة في الإصابة بالمرض المزمن الذي يعاني منه أفراد العينة.

الإستنتـــاج العـــام :

بناءا على ما تم تحليله وتفسيره لكل معطيات الجداول التي تضمنت نتائج هذه الدراسة سواء تعلق الأمر بخصائص العينة التي قدرت بـــ440 مصاب بمرض الضغط الدموي المرتفع، داء السكري وأمـــراض القلب، أو تعلق بالنتائج الأخرى المتوصل إليها في هذا الشأن من خلال معالجة فرضيات الدراسة المفسرة لما أدلى به أفراد هذه العينة، إلى جانب موقف الأطباء حول دور المتغيرات السوسيو- إقتصادية والثقافيـــة المتسببة في إنتشار الإصابة بهذه النوعية من الأمراض العصرية المزمنة، يمكن تقديم إستنتاجا عاما مـــوجزا إمتدادا لما تم عرضه آنفا، وفقا لخطوات منهجية تتضمن عرضا يشمل خصائص عينة الدراسة ونتائج كل فرضية على حدى كما يلي :

الجزء الأول : الخصائص المتعلقة بأفراد عينة الدراسة :

لقد أسفرت نتائج هذه الدراسة الميدانية التي عالجت عينة من المصابين بمرض الضـــغط الـــدموي المرتفع، داء السكري وأمراض القلب، أن هذه النوعية من الأمراض تتعرض لها شريحة الإناث أكثر مـــن شريحة الذكور، الأمر الذي برز في النسبة التي قدرت للإناث بـــ53.18%، مقارنة بالنسبة التي قـــدرت للرجال وهي 46.82%.

إن الفئات العمرية الأكثر تعرضا للإصابة بهذه النوعية من الأمراض، والتي برزت ضـــمن هـــذه النتائج هي الفئات المتوسطة العمر والأكبر سننا، حيث بلغت النسبة الممثلة للفئة العمرية [55-59[ســـنة نسبة 20%، وبلغت النسبة الممثلة للفئة العمرية [50-54[سنة نسبة 19.09%، وكذلك الحال بالنسبة للفئة العمرية [45-49[سنة التي سجلت نسبة 17.95%، وبشكل عام قد قدر متوسط السن لدى جميع المرضى بـــ48.22 سنة، والواقع يكشف أن التعرض للمرض المزمن في الأعمار المتوسطة يعني فقدان حقيقي للطاقة البشرية التي تكلف الفرد والأسرة والمجتمع دفع أثمان باهظة في مجال تنمية الرعاية الصحية، وذلك نتيجـــة مشكلة الإزمان والمعاناة والمضاعفات الخطيرة من جهة والوفاة التي تقضي على الحياة التي بدأت فعلا من جهة أخرى.

إن شريحة المتزوجين من أفراد عينة الدراسة قد ظهرت أنها الأكثر معاناة مـــن هـــذه الأمـــراض العصرية المزمنة، حيث سجلت أعلى نسبة قدرت بـــ84.77%، الأمر الذي يمكن تفسيره بمواجهة هـــذه الفئة من المجتمع لمشكلات وضغوطات الحياة أكثر من غيرها من الحالات العائلية الأخرى، بسبب تعـــدد أدوارها ومسؤولياتها الإجتماعية في أغلب الأحيان، ولقد تبين أن الوسط الحضري أضحى يعج بمشكلات عديدة وحديثة تفرض ضغوطا وصعوبات حياتية مختلفة، مما يزيد من حدة إنتشار هـــذه النوعيـــة مـــن الأمراض فيه، وهذا على خلاف الوسط الريفي الذي يعرف نوعا ما الإستقرار ووجود فضاءات التنفيس لدى الأفراد، مما يقلل من نسبة الضغوطات والمشكلات المرتبطة بالأمراض العصرية المزمنـــة، وفي هـــذا الصدد أثبتت الدراسة أن هناك أعلى نسبة قدرت بـــ53.86% قد مثلت أفراد العينة الـــذين ينتمـــون إلى

منطقة الإقامة الحضرية، وهذا على خلاف المبحوثين الذين ينتمون إلى منطقة الإقامة الريفية، والذين قدرت نسبتهم بـ14.09% من مجموع مجتمع الدراسة .

ولعل ما يضاف إلى أسباب هذا التفاوت الذي برز حول إنتشار مرض الضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب في المنطقة الحضرية دون المنطقة الريفية تلك الأوضاع المعيشية الصعبة، التي أصبحت تكتنف المدن في المجتمع الجزائري، نتيجة مظاهر سلبية عديدة تشكل بالنسبة لحياة الفرد الجزائري أعباء مضاعفة كما هو الحال بالنسبة للإكتضاض السكاني، ضيق معظم المساكن الحديثة، البطالة...الخ، والواقع المعيشي في الحقيقة في المدن لا يحتاج إلى برهان فالملاحظ العادي يمكن أن يتأكد من ذلك.

وتكشف نتائج الدراسة أيضا أن المستوى التعليمي للمبحوثين، قد ظهر متدنيا جدا حيث برزت أعلى نسبة قدرت بـ30.91% تمثل بدون مستوى تعليمي، أي الأميون من مجموع العينة المقدرة بـ440 مبحوث، وهذا مؤشر قوي يؤثر بدوره في إكتسابهم للمعارف الصحية والسلوكيات الوقائية ويتفاعل مع عوامل البيئتين الأسرية والإجتماعية، الأمر الذي يعود بالسلب على حالتهم الصحية وإصابتهم بالمرض المزمن، ولعل أبرز عامل يتفاعل معه المستوى التعليمي هو الحالة المهنية والتي إنحصرت بأعلى نسبة تقدر بـ40.91% هي للماكثات في البيت، مما يعقد المسألة الصحية، فمن المعروف أن المشكلات الأسرية التي تواجهها الماكثات في البيت تعد مصدرا من أبرز المصادر لضغوط الحياة اليومية.

لقد تعرض أفراد عينة الدراسة للإصابة بهذه النوعية من الأمراض المزمنة بنسب عالية بشكل منفرد وأحيانا أخرى بشكل مجتمع، الأمر الذي تمثل في النسبة التي قدرت بـ24.77% لأمراض القلب، والنسبة التي قدرت بـ24.53% لمرض الضغط الدموي المرتفع، والنسبة التي قدرت بـ22.73% لداء السكري، وللإشارة فإن هذه النوعية من الأمراض غالبا ما تسحب بعضها البعض كما برز في نتائج هذه الدراسة، ولعل ما يرفع من خطورة ومتاعب هذه الأمراض المزمنة هي صفة الإزمان التي قد تصاحب المريض مدى حياته.

الجزء الثاني : نتائج الفرضيات :

الفرضية الأولى : التغير في عادات التغذية وأثره على إنتشار الإصابة بمرض الضغط الدموي والسكري وأمراض القلب .

ليس من السهل مواجهة الممارسات والتقاليد والعادات التي تنتشر يوما بعد يوم في نمط حياة الأفراد والمجتمع وتؤثر في صحتهم كما هو الحال بالنسبة للعادات الغذائية السيئة، التي ترجع أساسا إلى الرغبة والنفس البشرية التي لا يتمكن الأفراد من التغلب عليها أحيانا، وعلى هذا الأساس أثبتت نتائج هذه الفرضية أن أكثر من نصف أفراد العينة المقدرة بـ440 فرد مستجوب، قد إعترفوا بالتحول الكبير في عاداتهم الغذائية كما ونوعا، وذلك من إستهلاك الأغذية التي تحتوي على الألياف النباتية والخالية في نفس

الوقت من الدهون والكربوهيدرات إلى الإستهلاك المعاكس تماما لذلك، أي الأغذية المشبعة بالـــدهون والدسم، وهذه النقلة النوعية لنمط التغذية الجديدة باتت تشكل عامل خطر هام يساهم بصورة مباشرة أو غير مباشرة في إنتشار الإصابة بمرض ضغط الدم المرتفع، داء السكري وأمراض القلب، إن تناول الأغذية الليفية كالحبوب وغيرها يعني توفير الحماية الكاملة لجسم الإنسان بإعتبارها أغذية تتسم بالدهون الضعيفة والطبيعية والنباتية، وفي المقابل فإن الإستهلاك المفرط الذي سجل لدى المبحوثين للأطعمة الدهنية وذات الكلسترول المرتفع قد شكل خطورة بارزة على إصابتهم بالمرض المزمن، إن هذه النقلـــة النوعيـــة الـــتي حدثت في نمط غذاء أفراد العينة قد أدت بدورها إلى توجههم أيضا إلى إستهلاك الأغذية المصنعة والمعلبة، والتي أصبحت تنتشر في كل مكان وتشكل هي الأخرى خطورة صحية على حياة الأفراد، ولعل العملية المطبقة لتجهيز وتحضير هذه الأطعمة للإستهلاك، والتي تتعرض للإستقلاب الصناعي الكثيف والتفاعلات الكيماوية المختلفة، الأمر الذي يجردها من الألياف والمواد الغذائية الصحية، ويجعلها غنية بالسكر المكرر والأملاح والنشويات والدهون الحيوانية المضافة، مما يؤدي إلى فقدانها للدهون النباتية وتصبح ضارة وليس نافعة لصحة جسم الإنسان .

ومن العادات الغذائية التي أثرت في صحة المبحوثين -حسب تصريحاتهم- وتعرضهم أيضا للإصابة بالمرض المزمن، تلك التي إرتبطت بالمستوى المتدني جدا لتناولهم الأطعمة الوقائية والأطعمة الليفية كالخضر والفواكه والحبوب، وهذا ضمن الوجبات اليومية الأكثر إستهلاكا، وكما سبقت الإشارة إليه فإن هـــذا النوع من الأطعمة يعد من أبرز المواد المغذية الطبيعية الشبه خالية من الدهون والسعرات الحرارية، فهـــي أطعمة تحتوي على ألياف كثيفة تعمل على مكافحة وتجنب مختلف الأمراض المزمنة وبخاصة ضغط الـــدم المرتفع، داء السكري وأمراض القلب.

لقد تم إكتشاف في هذا السياق عادات غذائية سيئة إرتبطت بعمليات الطهي لدى المبحـــوثين، وهي طريقة الطهي بالقلي، وبخاصة لثمرة البطاطا وغيرها مما يمكن طهوه بهذه الطريقة التي تضيف كميات معتبرة من الدهون للأطعمة، إضافة إلى ما تحتويه هي من مواد حمضية ودهنية، الأمر الذي يؤثر في الصحة حتما.

إن الإنفتاح الثقافي للمجتمع الجزائري في مجال التغذية أدخل معه ممارسات وعادات غذائية جديدة، لم تكن موجودة في الماضي القريب، كما لوحظ ضمن نتائج هذه الفرضية حول الإستهلاك الواسع الذي سجل لدى المبحوثين للمأكولات العصرية السريعة التجهيز والخفيفة (Fast-Food)، والتي باتت تنتشر في مختلف شوارع المدن الجزائرية وحتى المنازل والمطاعم، وعلى رأس هذه الأطعمة الأكلة المعروفة بـــالبيتزا، وهذه الأخيرة كما هو معروف تحضر بإضافة مقادير عالية من الدهون والسمن الحيواني، وما إلى ذلك من المواد الضارة.

ولعل النتيجة الهامة التي أثبتت الضرر الفعلي لعادات التغذية السيئة في صحة المبحوثين هي تـــدني مستوى الثقافة الغذائية أو الجهل الغذائي- إن صح القول – حيث إعترف معظم المبحوثين بأنهم كـــانوا

يجهلون أدنى قواعد الصحة الغذائية، فقد كانوا يكثرون من تناول ملح الطعام والسكر المكـــرر ضـــمن الواجبات اليومية (ضمن المأكولات المقلية، الأطعمة المعالجة والمصنعة كالأجبان، الحلويـــات، العصـــائر المحلات بالسكر...الخ، وفي هذا الشأن توجد العديد من الأدلة الطبية التي أثبتت ضرر زيادة تناول هـــذه المواد الغذائية عن حدها في الإصابة بأمراض العصر المزمنة كضغط الدم المرتفع، داء السكري وأمـــراض القلب.

إن النظام الغذائي غير المتوازن الذي أقر به غالبية المبحوثين يضاعف خطورة هذه الممارســـات الغذائية الضارة، الأمر الذي يؤدي إلى تراكمات في إختلال الجسم كما يحدث لغدة البنكرياس، وإنسداد في الأوعية الدموية والشريين وحتى المساس بعضلة القلب، مما يؤدي إلى زيادة السمنة التي تمثل بـــدورها عامل خطر يساهم بشكل فعال في إنشار الإصابة بالأمراض المزمنة قيد الدراسة، وفي هذا الصدد ظهرت نتيجة أخرى أثبتت أن نسبة معتبرة من المبحوثين كانوا يعانون من السمنة أو البدانة قبل إصابتهم بالمرض المزمن، والسمنة كما هو شائع ترتبط بشكل كبير بعادات الإفراط في الطعام وزيادة السعرات الحرارية، الأمر الذي يرفع من خطورة ذلك، وبخاصة مع وجود إحجام عن النشاط الحركي والبدني، أو حضـــور التاريخ العائلي الوراثي لدى الأفراد، فهذه عوامل تتفاعل في الغالب مع بعضها البعض لتحدث المـــرض المزمن كضغط الدم المرتفع، داء السكري وأمراض القلب.

إن جميع الممارسات والعادات الغذائية السيئة والجهل الغذائي، تمثل مؤشرات قوية علـــى الـــتغير الفعلي في نمط التغذية ونظام الحياة اليومية لدى أفراد العينة، الأمر الذي دفع بهم للتصريح بأن هذا الوضع الغذائي الجديد كان من وراء إصابتهم بالمرض المزمن وبنسب معتبرة، والملاحظة اليومية تشير إلى أن هناك جهل فعلي بما يجري في مجال التغذية في المجتمع، أي الجهل بطبيعة ومخاطر العادات الغذائية الدخيلة، وجهل بالأسس الصحية الحديثة التي تقوم على مبدأ نشر الوعي الصحي عامة والوعي الغذائي بوجه الخصوص، فالجهل الصحي والغذائي هو مصدر الغفلة ومؤسس أبعاد العجز الكبير الذي يعرفه نسق الصحة في مجال مكافحة أمراض العصر المزمنة في المجتمع الجزائري .

الفرضية الثانية : تدني مستوى الوعي الصحي ومساهمته في إنتشار الإصابة بمرض الضغط الدموي والسكري وأمراض القلب .

إن الوعي الصحي المنبثق عن المستوى التعليمي هو المكون الأساسي للمعرفة الصحية لدى الأفراد والأسر والمجتمع ككل، لأنه يؤثر على الممارسات الصحية والوقائية المختلفة، وفي معظم الحالات يـــؤدي إلى بناء نموذج تصوري حول حدوث الأمراض، وفي هذا السياق قد لعب متغير المستوى التعليمـــي دورا فعالا في تحسين مستوى المعلومات المكتسبة من طرف أفراد العينة، وإن كان مستوى هـــذه المعلومـــات منخفض جدا فإنه ظهر تأثير للمستوى التعليمي في الرفع من مستوى الوعي الصحي، الأمـــر الـــذي تم تأكيده من خلال نتائج هذه الفرضية، حيث وجد أنه كلما إرتفع المستوى التعليمي كلما ظهرت تحسن

في مستوى الوعي الصحي الوقائي لدى المبحوثين، وفي المقابل كلما حدث إنخفاض في المستوى التعليمي إنخفض معه مستوى الوعي الصحي الوقائي، وفي مؤشرات عديدة كما هو الحال بالنسبة لإستعاب المعارف الصحية والوقائية التي تنشر عبر وسائط المجتمع (مؤسسات الصحة العامة والخاصة وسائل الإعلام المختلفة المؤسسات التعليمية...)، وبالنظر في هذه النتيجة وجد أن هناك خلل واضح في مسألة التثقيف الصحي الإجتماعي والوعي الصحي، الذي يقي من مخاطر أمراض العصر المزمنة كضغط الدم، داء السكري وأمراض القلب لدى أفراد مجتمع البحث، حيث تم إكتشاف نقص كبير للمعلومات والمعارف الصحية لديهم والمكتسبة بواسطة العمليات التوعوية، التي تقوم بها وسائط المجتمع في مجال الرعاية الصحية والإجتماعية ومكافحة الأمراض المزمنة والخطيرة في المجتمع، وهذا ما ظهر من خلال تصريحات الأغلبية من المبحوثين حول معارفهم الصحية والوقائية التي إنحصرت في عدم وعيهم بأهمية صرف الإهتمام لضروريات الصحة الجيدة والوقائية كضرورة توفير المسكن الصحي، والتغذية الجيدة والإبتعاد عن الممارسات غير الصحية المختلفة .

إن هذا الخلل الوظيفي والمعرفي على مستوى الوعي الصحي الذي عاشته هذه الفئة في المجتمع الجزائري، يعزى إلى عدة عوامل منها عجز مؤسسات المجتمع عن تأطير مجال الرعاية الصحية ووضع برامج تثقيفية صحية لجميع شرائح المجتمع، وبخاصة شريحة المسنين التي تعاني أكثر من غيرها من مشكلة الأمية، وهذا إلى جانب نقص الوعي بمسألة التكامل في مجال الرعاية الصحية بين الفاعلين في نسق الصحة في المجتمع والأفراد والفاعلين في الأسرة، لأن نشر الوعي الصحي وتطبيق القواعد الصحية الوقائية يعتبر مسؤولية الجميع. وبالنظر في مسألة الرعاية الصحية الأسرية ودور الأسرة في التوعية من مخاطر الأمراض المزمنة، تم إكتشاف من خلال التصريحات الغالبة للمبحوثين أن هناك تدني في مستوى هذا النوع من التوعية الأسرية، وبخاصة فيما يتعلق بتوريث السلوكيات والعادات الحميدة كما هو الحال بالنسبة لتجنب الأغذية الضارة والمسمنة، والتي تساهم في إنتشار الإصابة بأمراض العصر المزمنة كضغط الدم، داء السكري وأمراض القلب، ويرجع تدني مستوى التوعية الصحية الأسرية في الغالب إلى صرف أرباب العائلات إهتمامهم (الأب والأم) بالمشكلات المادية التي تواجه العائلة، وربما السعي وراء ملذات الحياة هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى قد يرجع إلى الغفلة الأسرية الناتجة عن الجهل والإهمال واللامبالاة لقواعد الصحة والوقاية من الأمراض والمخاطر التي تحدق بأفراد الأسرة، يضاف إلى ذلك ضعف الروابط الأسرية وتفككها مما يؤدي إلى نقص المناقشة والحوار ونقص الإصغاء من طرف أعضاء الأسرة لبعضهم البعض حول صحة العائلة، وفي هذا المنوال ظهر تجاهل لدى المبحوثين حتى للتاريخ العائلي المرضي -حسب تصريحاتهم- أي معرفة وجود الوراثة من عدمها بين أعضاء الأسرة الواحدة، الأمر الذي يعني وجود إستعداد للإصابة بالأمراض المزمنة.

وتتعاظم مشكلة الإفتقار إلى الوعي الصحي الوقائي من مخاطر أمراض العصر المزمنة كضغط الدم، داء السكري وأمراض القلب على مستوى الأفراد أنفسهم، حيث أظهرت نتائج هذه الفرضية ذلك، من

خلال عدة مؤشرات أن هناك إنخفاض كبير في مستوى الوعي الصحي الوقائي لدى أفراد العينة، كما هو الحال بالنسبة لإنعدام إستراتيجية أو كيفية لديهم في مواجهة مشكلات وأحداث الحياة الضاغطة، فالأغلبية الساحقة من المبحوثين وبخاصة منهم جنس الإناث كانوا يواجهون العديد من المواقف الإجتماعية بالسكوت والكبت، الأمر الذي جعلهم معرضين لتراكمات سيكولوجية وضغوط داخلية أدت إلى عجزهم لمقاومة الأمراض المزمنة، التي يعانون منها وكما هو معروف فهي أمراض نفسية وعضوية في نفس الوقت، كما ظهر تدني واضح لمستوى المعلومات الصحية والتدابير الوقائية من هذه الأمراض المزمنة لدى المبحوثين وبخاصة فيما إرتبط بقلة الوعي الغذائي وبشكل أكثر تحديدا في تناول وبكثرة المأكولات الغنية بملح الطعام والمأكولات والمشروبات الغنية أيضا بالسكريات، والملفت للإنتباه أن المستوى التعليمي لهؤلاء لم يلعب دورا بارزا في إكتسابهم للمعلومات الصحية الوقائية، بإعتبار تحصيلهم لهذه المعلومات إنحصر بأعلى نسبة في المصدر المعلوماتي المتمثل في تبادل الحديث مع الناس في شأن الوقاية من أمراض العصر المزمنة.

إن من أهم السلوكيات الوقائية من الإصابة بالأمراض المزمنة (ضغط الدموي، السكري والقلب)، هي ممارسات التمارين الرياضية والمشي لمسافات يمكن قطعها بالسير على الأقدام في نظام الحياة اليومية، بالإضافة إلى مقدار معتبر من النشاط الحركي في مجال العمل اليومي، الأمر الذي تم إغفاله وتجاهل أهميته بين المبحوثين، حيث صرح معظمهم وبالأخص جنس الإناث منهم(بحكم القيود الإجتماعية المفروضة على المرأة في مجال ممارسة النشاط البدني في المجتمع الجزائري)، أنهم تميزت حياتهم بالخمول والقعود بدلا من القيام بالنشاطات البدنية، التي تقي من الإصابة بهذه النوعية من الأمراض، وحتى من مضاعفاتها. يضاف إلى ما سبق من نتائج وقوع غالبية المبحوثين في مشكلة التدخين مع إستثناء جزء كبير من الإناث في هذا الشأن، ولا يخفى على أحد الأضرار الصحية التي تسببها هذه العادة وبشكل محدد في إنتشار الإصابة بأمراض الشرايين والقلب، ولعل ما أكد تجاهل المبحوثين لمخاطر هذه الممارسات غير الصحية والعادات السيئة وعدم إتخاذ الأساليب الوقائية لتفادي أمراض العصر المزمنة، هو التصريح النهائي والمفصلي من طرف أغلبيتهم بما في ذلك أصحاب المستويات التعليمية العالية حول المساهمة الكلية الناتجة عن تجاهلهم وعدم وعيهم بالقواعد الصحية والوقائية، التي تجنب أو تقلل من ظهور الإصابة بالمرض المزمن الذي يعانون منه، ولعل مؤشر تأخر زيارتهم إلى الطبيب على الرغم من ظهور الأعراض المرضية ما هو إلا تأكيد آخر على تدني مستوى الوعي الصحي الوقائي الحقيقي لمخاطر هذه النوعية من الأمراض ومضاعفاتها القاتلة، وهذا ما يدفع للقول أن تدني مقدار الوعي الصحي والوقائي لدى الأفراد يعني تدني مقدار التثقيف الصحي في المجتمع .

الفرضية الثالثة : المستوى المعيشي الأسري وعلاقته بإنتشار الإصابة بمرض الضغط الدموي والسكري وأمراض القلب.

إن المستوى المادي للأسرة يمثل العمود الفقري الذي يوجه معظم الممارسات والسلوكيات المرتبطة بالصحة والمرض لدى أفراد الأسرة الواحدة في المجتمع، ومن هذا المنطلق أبرزت نتائج هذه الفرضية أن المدخول الشهري الأسري قد توزع بين مستويين هما الإنخفاض الشديد والإرتفاع الشديد، ففي حالة الإنخفاض الشديد أفرز ممارسات غير صحية كما هو الحال بالنسبة لسوء التغذية وضغوطات الحاجة إلى المال، أما في حالة الإرتفاع الشديد فقد ساهم في الإسراف والتبذير على -حد تصريح المبحوثين- في المأكولات والمشروبات المسمنة، إلى جانب التقليل من النشاط الحركي لديهم، وهذه جميعها مسببات تساهم بشكل أو بآخر في إصابة الأفراد بمرض إرتفاع الضغط الدموي، السكري وأمراض القلب.

لقد ثبت أن ظاهرة الفقر تدفع بأفراد الأسرة إلى إستهلاك الأطعمة الرخيصة الثمن وهذه النوعية من الأطعمة كما هو معروف في المجتمع الجزائري معظمها أطعمة مشبعة بالدهون أو مسمنة، فعلى سبيل المثال فالفطائر والعجائن تمثل أبرز المأكولات اليومية للفقراء، يضاف إلى ذلك الظروف المعيشية الصعبة التي يعيشها أفراد الأسرة الفقيرة، والتي تفرض إضطربات وضغوطات يومية لا متناهية، بسبب الحاجة والحرمان المادي. أما بالنسبة لشريحة الأغنياء، والتي مثلت نسبة معتبرة من مجتمع البحث المكون من 440 فرد على غرار النسبة الأخرى التي عادت للفقراء، وهذا حسب الدخل الشهري، فإن النتيجة تتوافق مع ما هو ملاحظ في واقع هذه الفئة الإجتماعية الغنية التي كانت ولزالت موجهة إليها التهمة من حيث إنتشار هذه النوعية من الأمراض المزمنة، الأمر الذي يتوافق مع التسميات المنتشرة في الأوساط الطبية والإجتماعية كأمراض الأغنياء أو أمراض التخمة، والحقيقة التي إكشفتها هذه النتيجة هي أن المال الوفير الذي وجد بين أيدي أفراد العينة كان من أهم الحوافز المادية التي دفعت بهم إلى الإسراف وتوفير كميات معتبرة من الأطعمة الدهنية، وكذا المشروبات الغنية بمختلف العناصر وبخاصة السكريات، إلى جانب ميلهم إلى الراحة والإبتعاد عن المجهود العضلي بسبب وفرة وسائل الراحة المختلفة .

وإستكمالا لهاتين الحقيقتين ظهرت حقيقة أخرى جد هامة مفادها أن التدرج الإجتماعي والطبقي الذي يقوم على الدخول الشهرية الأسرية لأفراد العينة، لم يلعب دورا فعالا في صرف إهتمام القائمين على ميزانية الأسرة لتوفير السلع والخدمات الضرورية للصحة الجيدة والوقاية من الأمراض المزمنة قيد الدراسة، وبخاصة لما ينخفض الدخل بشكل كبير لدى الطبقات الإجتماعية الفقيرة والمتوسطة، أي كلما إنخفض الدخل كلما قلت إهتمامات الأسر بضروريات الصحة والوقاية من هذه الأمراض المزمنة، وهذا يعني أن هناك نقص للوعي الصحي بشكل كبير في مسألة التحكم الرشيد في الدخول الأسرية، وتركز إهتمام أفراد العينة بتوفير الغذاء وتحقيق الإدخار كأولوية في نظام حياتهم الأسرية، يعني أمر له أسباب عديدة منها قلة الدخل، الخوف من الندرة، نقص الوعي بضروريات الصحة الأسرية، وهذا يعني أن

مشكلة الغذاء لزالت تشكل هاجسا لدى هذه الشريحة من المجتمع الجزائري إلى جانب المشكلة الأمنيـــة، الأمر الذي يوحي بوجود نقص الأمن الغذائي والإستقرار النفسي والإجتماعي.

إن آثار المستوى المعيشي تتجاوز هذه المشكلات السالفة الذكر إلى مشكلات أسرية أخرى ترتبط بعدة جوانب من الحياة الأسرية، الأمر الذي تم التوصل إليه في سياق نتائج هذه الفرضية، حيث ظهر أن هناك مشكلات عانى منها المبحوثين إرتبطت بمسألة التكفل المادى الأسري وتسيير ميزانية الأسرة، ولعل ضعف شبكات الدعم الإجتماعي الأسري وبخاصة للزوج كعضوي فعال في الأسرة يعتبر مصدر آخـــر للضغوطات والإضطربات الأسرية بوجه خاص لدى ذوي مستوى الدخل المنخفض والمتوسط، ويرجـــع ذلك إلى تعدد الحاجات التي تتجاوز مقدرة الأسرة على تلبيتها، وعلى رأس ذلك أزمة السكن التي تتطلب مبالغ ضخمة لتجاوزها، مقارنة ببعض الحاجيات الأسرية الأخرى كالمأكل والملبس والتعليم ...الخ.

إن مشكلة الوضع السكني لأسر المبحوثين أفرز مشكلات علائقية أدت إلى الرفـــع مـــن شـــدة الضغوط اليومية لديهم، خاصة وأن معظمهم سكنوا بصفة ملكية جماعية وتحت فضاء سكني يتميز بالضيق الشديد مقارنة بعدد الأفراد المعتبر، مع وجود نسبة معتبرة من المتزوجين منهم، وهذه الظروف المعيشـــية المعقدة زادت من تعقيد نمط حياتهم اليومية.

ومن ناحية أخرى فإن الحصول على الملك والمال لدى شريحة معتبرة من المبحوثين أفرز صراعات أسرية لعبت دورا بارزا في إضطربات علاقاتهم الأسرية .

وحسب تصريحات أفراد العينة الغالبة التي أقرت بأن المستوى المعيشي الأسري الـــذي عايشـــوه لفترات طويلة من حياتهم قد ساهم وبجزء كبير في معناتهم من المرض المزمن، سواء تعلق الأمر بالضـــغط الدموي المرتفع أو السكري أو أمراض القلب، وهذا يعني أن الظروف المادية المعيشية في كلتا حالتي الفقر والغنى غير الموجهتين بشكل وقائي وسليم قد تصاحبها ممارسات وسلوكيات غير صحية تؤدي في النهاية إلى تعبيد الطريق لدخول مشكلات أسرية عدة، وبخاصة في ظل البيئة الإجتماعية التي تعـــرف حـــراك سياسيا وإقتصاديا وإجتماعيا متذبذبا، يؤدي في الغالب إلى عجز الفاعلين في المجتمع على إحتواء ومواجهة مشكلات الوضع المعيشي لأفراد المجتمع، الأمر الذي يؤدي بدوره إلى عجز حتى النسق الصحي في توعية الأفراد بمخاطر هذا النوع من المشكلات والإضطربات المادية وآثارها على إنتشار الإصابة بأمراض العصر المزمنة.

الفرضية الرابعة : الحدث الإجتماعي الأليم وتأثيراته في إنتشار الإصابة بمرض ضغط الدم، السكري وأمراض القلب .

إن الحدث الإجتماعي الأمني الذي شهده المجتمع الجزائري خلال سنوات التسعينيات وما بعدها قد خلف آثارا صحية وخيمة العواقب نتجت بشكل محدد عن كل أنواع العنف، وعلى رأس ذلك العنـــف الإرهابي المسلح، الأمر الذي عانى من آثاره السلبية معظم أفراد عينة الدراسة، حيث أشارت نتائج هـــذه

الفرضية إلى مؤشرات عديدة معظمها أكدت أن الحدث السوسيو-أمني المتمثل في ظاهرة الإرهابي قد خلف في نفوس المبحوثين مشاعر الخوف والهلع والرعب والقلق، بإعتبار آثاره التي ليست لها حدود ولا هوية، وبمعنى آخر فإن ظاهرة الإرهاب لم تستثني أي مكان و لم تفرق بين النساء والرجال والأطفال، لذلك تم إثبات خلال هذا الحدث الأليم إستخدام جميع طرق القوة والبطش والقتل بين مختلف الأطراف، الأمر الذي لم تقتصر آثاره على الأبرياء حيث أفرز نوع من الذعر لدى جميع شرائح المجتمع، وبخاصة شريحة النساء التي كانت الهدف الأول كغنائم وسبايا ...الخ، إن هذه الحالات السيكولوجية الأليمة والضاغطة لم تقوى عليها ذوات المبحوثين –حسب تصريحاتهم- وإنما زعزعت كيان صحتهم العضوية والنفسية وجعلتهم يعيشون خوفا من الموت بشكل مستمر دفع بهم للاتفاق على مقولة لها أكثر من دلالة سوسيولوجية وهي "عشر سنين بركات"، إن فقدان الأمن والإستقرار في حياة الأفراد يمثل عاملا فعالا من حيث التأثير النفسي والعضوي، إذ يساهم بصورة مباشرة في إزدياد بشدة الضغوط اليومية التي قد تدوم طوال حياة الأفراد، الأمر الذي يؤدي إلى إضطراب في السلوك الصحي والممارسات اليومية .

إن أكثر الحالات العائلية التي تعرضت لضغوط وآلام العنف الإرهابي هي حالة الأفراد المتزوجين، ومن أسر ذات حجم كبير، يضاف إلى ذلك الذين ينتمون إلى مناطق ريفية، الأمر الذي يؤدي إلى تضاعف شدة المخاوف والآلام على أعضاء الأسر، وبخاصة الأبناء وعلى الرغم من إختراق العنف الإرهابي للمدن الجزائرية إلى أن وطأته كانت أكثر على الريفين مما دفع بهم إلى الهجرة الفردية والجماعية.

إن الهجرة كانت بمثابة حدث إضافي عاشه معظم أفراد العينة وبشكل فجائي -حسب تصريحاتهم- وهذا لأجل البحث عن حياة آمنة، غير أن ما كان ينتظرهم من ظروف معيشية جديدة بالمدينة وصعبة، عمق من معانتهم اليومية (ضغوط المدينة، عادات غذائية جديدة وظائف جديدة...)، وقد كان التغير في مجال العمل وبخاصة لدى الرجال (توقف عن العمل، زيادة ساعات العمل...)، حدث قد تزامن مع التحولات السياسية والإجتماعية والإقتصادية التي أفرزت الإنفتاح على إقتصاد السوق وخوصصة المؤسسات الجزائرية، مما أدى إلى سياسة تسريح العمال ...الخ، وهذا الإنتقال في حياة أفراد العينة، قد ضاعف من آلامهم وضغوطاتهم الإجتماعية والنفسية.

ومن أبرز نتائج هذه الفرضية في هذا السياق أن أكثر من نصف أفراد العينة قد عايشوا أحداث أسرية مؤلمة جدا وضاغطة كوفاة أحد أعضاء أسرهم، مرض شخص قريب من أسرهم، حدوث طلاق، فراق عزيز ...الخ، وقد أحتل حدث الوفاة وبشكل محدد وفاة أقرب الأقربين أي الوالدين الأب والأم، وهذا يعني أنهم شهدوا فقدان أعز ما يملكون، الأمر الذي يؤثر لا محال في إفتقادهم للجو الأسري الدافئ والمرجعية الأسرية والدعم الإجتماعي الأسري بصفة عامة .

ولأجل هذه الأسباب قد إعترف غالبية المبحوثين وبالأكثر جنس الإناث بالمعاناة والآلام الحقيقية التي ترجمتها عبارة الصدمة النفسية، والتي تمثل بدورها عامل خطر بارز يتسبب في أغلب الأحيان في إصابة الأفراد بالمرض ضغط الدم المرتفع، داء السكري وأمراض القلب.

إن إعتراف المبحوثين بمدى تأثير هذه الأحداث الأليمة الإجتماعية الأمنية والأسرية ولو كان ذلك جزئيا، يعكس بشكل واضح العلاقة الإرتباطية بين صحة الأفراد من جهة وصحة البيئة الإجتماعية والأسرية من جهة أخرى، وبالتالي فالضغوط والآلام المؤدية إلى إنتشار الإصابة بمرض ضغط الدم المرتفع، داء السكري وأمراض القلب يمكن القول أن جزءا كبيرا من حدوثها هو من صنع المجتمع، بل من الأحداث والأزمات الإجتماعية والأمنية والأسرية التي يشهدها المجتمع، الأمر الذي يؤكد من ناحية أخرى أن هذه الضغوط والآلام الناتجة عن هذه الأحداث المجتمعية، لا ترتبط بالأمراض النفسية كما هو شائع بل ترتبط أيضا بالأمراض العضوية أو الجسدية الأكثر إنتشارا في المجتمع مثل ضغط الدم المرتفع، داء سكري وأمراض القلب.

خاتمة :

وهكذا وبعد الإقتراب من أهم ما تم تحديده كخطوات منهجية في إطار هـذه الدراسـة نظريـا وتطبيقا، والمتمثلة أساسا في الكشف من وجهة النظر السوسيولوجية عـن دور المـتغيرات والعوامـل السوسيو-إقتصادية والثقافية في إنتشار الإصابة بأمراض العصر المزمنة كضغط الدم المرتفع، داء السكري وأمراض القلب، يتضح أن ظهور وإنتشار الإصابات بهذه النوعية من الأمراض تتحكم فيه مجموعة مـن المتغيرات والعوامل تمثل الدور الذي أصبحت تلعبه البيئة الإجتماعية التي يعيش فيها الأفراد، والتي يمكن أن تكون بداية مشاكلهم المتعلقة بالصحة النفسية والجسمية عامة وتعرضهم للإصابة بالأمراض المزمنة بوجه الخصوص، بإعتبار الإهتمام الآن لدى الفاعلين المنفذين في نسق الصحة العامة قـد تجـاوز البحـث في المتغيرات البيولوجية للصحة والمرض.

ووفقا لهذا التأسيس فإن هذه الدراسة قد أكدت أن هذه النوعية من الأمراض ليسـت وليـدة ظروف آنية أو أسباب عضوية فقط بل تمتد جذور أسبابها إلى أحداث إجتماعية مؤثرة يفضل في الغالب الأفراد نسيانها بسبب عمق ودرجة تقويض صحتهم ومعانتهم من شدة آثارها، وبخاصة في ظل التغيرات الإجتماعية والإقتصادية التي يشهدها المجتمع الجزائري الحديث، وإفرازات ذلك على مسـتوى التـدرج الإجتماعي الذي وسع في الهوة بين طبقة الفقراء وطبقة الأغنياء مما أدى إلى بروز أسباب أخـرى تعيـق حياة الأفراد، إضافة إلى ضغط المحيط الخارجي الذي فرض تغيرات كبيرة مست بالدرجـة الأولى نمـط الحياة، وعلى رأس ذلك إحداث تغير في عادات التغذية وبعض الممارسات المرتبطة بهذا المجـال، حيـث أكدت نتائج هذه الدراسة أن هناك تراجع برز في إستهلاك الأطعمة الغنية بالألياف التي تحتويها الحبـوب والخضر والفواكه، وهذه الأطعمة معروف عنها طبيا أنها أطعمة وقاية من الأمراض المزمنة (ضغط الـدم، السكري والقلب)، وبالمقابل ظهرت زيادة مفرطة في تناول لأطعمة المشـبعة بالـدهون والكلسـترول والمسمنة وهي تصنف من أهم مسببات هذه النوعية من الأمراض. ولعل من أهم إفـرازات التحـولات السريعة التي يعرفها المجتمع الجزائري في هذه الأزمة الحديثة على مستوى نمط التغذية، تلـك العـادات الجديدة والدخيلة على نظام التغذية لدى الأفراد، كما هو الحال بالنسبة لتنـاول المـأكولات الخفيفـة والسريعة في المطاعم المخصصة لذلك، وهذه ممارسات غذائية غير صحية لها آثار سلبية باتت تسـاهم - حسب تصريحات أطباء مختصين تمت مقابلتهم أثناء الدراسة الميدانية- في إنتشار أمراض العصر المزمنة مثل الضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب، وبخاصة مع الجهل الغذائي الذي برز في أكثر من مؤشـر يدل دلالة قاطعة على تدني مستوى الثقافة الغذائية، كالإكثار من تناول السكريات المكررة (حلويـات، عصائر...)، إلى جانب الإكثار من تناول ملح الطعام دون مراعاة عامل السن...إلخ، يضاف إلى ذلـك عادات الطهي الضارة في هذا الشأن، كعادة القلي التي يمارسها كـل الأسـر دون إسـتثناء (لثمـرة البطاطا...إلخ) .

وهذه جميعها ممارسات وعادات غذائية مسمنة، تضاف إلى حجم الجسم الزائد عن الحد الطبيعي والذي يمثل عاملا مؤهبا لظهور المرض المزمن، وهذا يعني أن ثقافة المجتمع لها آثار معتبرة حول مسألة توريث التقاليد والعادات الغذائية للأفراد الذين ينتمون إلى المجتمع الواحد، وإستكمالا لآفة الجهل الغذائي التي تعكس أجزاء هامة من تدني مستوى الوعي الصحي العام، وتمثل مظهر من مظاهر نقص الوعي الصحي الوقائي يتبين أن هناك عجزا في مسألة التوعية الصحية العامة على مستوى المجتمع، الأسرة والأفراد المعرضين للمرض أنفسهم، فعلى الرغم من الدور الذي لعبه المستوى التعليمي في قضية تمكين أفراد مجتمع البحث من إكتساب المعارف الصحية والمعلومات المختلفة حول الوقاية من أمراض العصر المزمنة قيد الدراسة، إلا أنه ظهر خلل واضح في نسق الصحة، كما ظهرت فجوة تعكس تدني مستوى إستعاب المعارف الصحية التي تنشرها وسائط المجتمع المختلفة (وسائل الإعلام، الفاعلين في المؤسسات الصحية والتعليمية...)، حول مخاطر إنتشار الإصابة بمرض ضغط الدم، السكري وأمراض القلب...)، الأمر الذي يعكس بدوره عدم التكامل المنشود في مجال تنمية الرعاية الصحية ومكافحة الأمراض العصرية المزمنة في المجتمع، بالإضافة إلى ذلك يمثل تعبيرا صريحا عن العجز الواضح في إحتواء المشكلات الصحية المتجددة التي يواجهها أفراد المجتمع من وقت لآخر.

إن التوعية الصحية التي يعول عليها في هذا الشأن لم تكن في المستوى المطلوب، حيث أظهر مجتمع البحث أن هناك مستوى متدني وبخاصة فيما يتعلق بتوريث الأسرة لأعضائها الممارسات والعادات الصحية السليمة كالإبتعاد عن الإفراط في تناول الأغذية المسمنة، النصح بممارسة النشاط البدني وحتى الأخذ في الحسبان مناقشة تاريخ العائلة المرضى (الوراثة إن وجدت).

ولعل ما زاد المسألة تعقيدا هو تدني مستوى الوعي الصحي والوقائي على مستوى الأفراد أنفسهم، حيث أثبتت نتائج الدراسة أن هناك عدة مؤشرات ذات دلالات طبية وسوسيولوجية، تكشف حقيقة مفادها إنعدام إسترتيجية وكيفية مواجهة مشكلات وأحداث الحياة الضاغطة وبالأخص لدى جنس الإناث، الأمر الذي برز في سلوك الكبت الذي يؤدي بدوره إلى تراكم الضغوط والآلام المختلفة يوما بعد يوم، يضاف إلى ذلك نقص المعارف والمعلومات الصحية الوقائية المتعلقة بالوعي الغذائي كما سبقت الإشاره إليه وبخاصة كرصيد للثقافة الصحية اللازمة لمواجهة الأمراض المزمنة، الأمر الذي ظهر في عدم مساهمة المستوى التعليمي بالشكل المطلوب في هذا الشأن، إلى جانب عدم إتخاذ التدابير الوقائية من مخاطر هذه النوعية من الأمراض المزمنة كعدم ممارسة الرياضة، المشي لمسافات يمكن قطعها بالسير على الأقدام، النشاط الحركي اليومي، الإبتعاد عن التدخين...الخ، فهذه جميعها إجراءات فعالة في مجال الوقاية من التعرض لهذه النوعية من الأمراض المزمنة .

ومن المتغيرات والتي إتضح جليا أن لها علاقة بالتحولات الإجتماعية والإقتصادية التي يشهدها المجتمع، والتي تختفي وراء تفشي هذه النوعية من الأمراض المزمنة في الزمن الحديث، تلك التي ترتبط بالمستوى المعيشي للأسر وما يفرزه من إضطرابات أسرية في شقين إثنين، حيث يرتبط الشق الأول بحالة

الظروف المادية الصعبة وما يصاحبها من حرمان مادي وضغوطات بسبب الفاقة والفقر والمشكلات السكنية والعلائقية بين أعضاء لأسرة الواحدة، وهنا يندفع الأفراد نحو ممارسات غير صحية كالإعتماد على الأغذية المنخفضة الثمن والتي غالبا ما تكون غنية بالنشويات والسكريات والدهون الضارة بالصحة، وهذا ما يتوافق مع الإمكانيات المادية، السلم الإجتماعي أو طبقة الفقراء، التي لا تعطي إهتماما كبيرا لسلع والخدمات الضرورية للصحة الجيدة والوقاية من الأمراض المزمنة، أما الشق الثاني والذي يمثل الظروف المادية الحسنة أي المستوى المعيشي العالي، والمعروف عنه في الأدبيات الطبية والإجتماعية أنه يمثل الوجه الآخر للأمراض العصرية المزمنة بإسم أمراض الأغنياء والتخمة، ونتائج الدراسة أظهرت أن الوضع المادي المريح يؤدي غالبا إلى الإفراط في تناول كميات غير محدودة من الأطعمة المشبعة بالدهون الحيوانية المتسببة في المرض المزمن، كما يوفر وسائل الراحة المختلفة التي تقلل من الحركة والمجهود الجسماني، بالإضافة إلى الصراعات التي تنجم عن وفرة المال بين أعضاء الأسرة الواحدة والتي تشكل ضغوطا حياتية يومية، وهذا يعني أن الأمراض المزمنة العصرية مثل الضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب، يعرفها الفقراء والأغنياء معا.

وفي سياق نتائج الدراسة الميدانية تبين أن الحدث السوسيو-أمني الأليم الذي عايشته شريحة كبيرة من أفراد المجتمع الجزائري خلال سنوات التسعينيات وتبعاته من آلام وضغوط، كل ذلك قد أحدث تأثيرات عميقة ومستمرة في نواحي متعددة من حياة الأفراد، سيكولوجية، جسمانية وإجتماعية، وهذا ما أثبتته الحقيقة الحديثة التي أصبحت متداولة في الأوساط الطبية والإجتماعية، والتي مفادها أن الصحة بالمفهوم الحديث لم تعد تعني خلوا الجسم الإنساني من الإختلال العضوي، وإنما تعني ذلك الكل المتكامل والمتفاعل بين جميع العناصر التي تعكس مستوى الصحة الجيد من الناحية الإجتماعية والنفسية الجسمية العضوية والعقلية .

إن العلاقة بين الأحداث الإجتماعية والأسرية الأليمة والضاغطة كما هو الحال بالنسبة لحدث العنف الإرهابي المعروف بالآثار العميقة التي يتركها في ذوات الأفراد كالخوف، الرعب، الهلع، القلق الشديد، نتيجة إستخدام كل طرق العنف، كالبطش والقتل الشنيع وإغتصاب الفتيات ...الخ، ولعل أبرز حدث يعزز الذعر لدى جميع شرائح المجتمع هو القتل، وهذا يعني فقدان أعز ما يملك الأفراد كالأب أو الأم مثلا ضمن روابطهم الإجتماعية والأسرية، الأمر الذي يفقد الأفراد السكينة والطمئنينة والإستقرار في نظام حياتهم اليومية ويؤدي في نفس الوقت إلى إضطراب سلوكياتهم، ومن ثم الرفع من شدة الآلام والضغوط المتراكمة التي قد تتفاعل مع متغيرات وعوامل أخرى وظروف معيشية حياتية صعبة، تمثل بداية مشكلة المعاناة من أحد الأمراض المزمنة كضغط الدموي المرتفع، داء السكري وأمراض القلب، إن آثار مثل هذه الأحداث الإجتماعية العنيفة لا تقف عند هذا الحد، بل تؤدي إلى تهجير الأفراد من الأرياف إلى المدن وتغيير وظائفهم وأعمالهم -مثل ما حدث لشريحة كبيرة من أفراد العينة- مما يزيد من شدة الضغوط لديهم، والتي غالبا ما تشكل صدمة نفسية وإجتماعية تضاف إلى الصدمات التي عايشوها تحت وطأة

الحدث عند وقوعه، وهذا ما يدفع للقول بأن الأمراض العصرية المزمنة كالضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب، هي من مساهمة صنع المجتمع بل هي نتيجة حتمية للأزمات والأحداث والنكبات التي يواجهها المجتمع من وقت لآخر .

ومن الجدير ذكره هو خطورة هذه الأمراض المزمنة التي باتت تهدد حياة أفراد المجتمع وفي سن مبكرة، خاصة وأنها أمراض تعرف بصفة الإزمان وطول مدة المعانات والمضاعفات القاتلة ومكلفة في نفس الوقت، يحتم تحميل المسؤولية لجميع الفاعلين في النسق الصحي والقائمين على تنمية الرعاية الصحية في المجتمع، ومؤسسات التنشئة الإجتماعية من نشر الوعي الصحي الإجتماعي والوقائي، وإتخاذ كل الإحتياطات اللازمة للحد من خطورة إنتشار هذه النوعية من الأمراض في المجتمع، وبخاصة وأنها أمراض باتت ترتبط إرتباطا وثيقا بأهم التغيرات الإجتماعية والإقتصادية والثقافية التي كانت نتاجا حتميا لبوادر التصنيع والتحضر المستمرين في المجتمع الجزائري، فكل هذه التحولات إنعكست على نسق الصحة عامة في المجتمع، وزعزعت كيان الصحة النفسية والجسمية للفرد الجزائري بشكل خاص هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى تعميق البحث السوسيولوجي أكثر مما مضى حول العوامل والمتغيرات، السوسيو-إقتصادية والثقافية الكامنة وراء إرتفاع الإصابات بهذه النوعية من الأمراض الكامنة في المجتمع .

قائمـة الـمـراجــع

I- قائمة المراجع باللغة العربية :

1-القرآن الكريم :

1- سورة الرعد، الآية 17.

2- سورة الأعراف، الآية 31.

3- سورة طه، الآية 81.

2- قائمـــة الكتـــب:

2-1- قائمـــة كتـــب المنهجيـــة:

1- كيفي ريمون ، كمبنهود لوك قان ، دليل الباحث في العلوم الإجتماعية، ترجمة: يوسف الجباعي، المكتبة العصرية للطباعة والنشر، بيروت، 1997.

2- محمود رضوان عبد القادر ، سبع محاضرات حول الأسس العلمية لكتابة البحث العلمي، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1990.

2-2- قائمـــة الكتـــب العامـــة:

1- أحمد فائق، الأمراض النفسية الإجتماعية، نحو نظرية في إضطراب علاقة الفرد بالمجتمع، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، 2001.

2- أحمد محمد حسن صالح وآخرون،الصحة النفسية وعلم النفس الإجتماعي و التربية الصحية،مركز الإسكندرية للكتاب،الإسكندرية، السنة غير مذكورة .

3- أحمد محمد بدح، أيمن سليمان مزاهرة، زين حسن بدران، الثقافة الصحية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الأردن ، ط2 ، 2011.

4- إحسان محمد الحسن، علم الإجتماع الطبي، دراسات تحليلية في طب المجتمع، دار وائل للنشر والتوزيع، الأردن، ط1، 2008.

5- الصديقي سلوى عثمان ، مدخل في الصحة العامة والرعاية الصحية من منظور الخدمة الإجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2002.

6- العوضي فوزية ، أمراض سوء التغذية، المؤسسة الخليجية للدعاية والإعلان، الكويت ، ط1 ،1981.

7- إقبال إبراهيم مخلوف، الرعاية الطبية والصحية ورعاية المعوقين، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية السنة غير مذكورة.

8- الكندري يعقوب يوسف ، الثقافة والصحة والمرض، رؤية جديدة في الأنثروبولوجيا المعاصرة، مجلس النشر العلمي، الكويت، 2003.

9- المشني يوسف إبراهيم ، علم الإجتماع الطبي، دار المستقبل للنشر والتوزيع، الأردن، ط1، 2000

10- المكاوي علي ، علم الإجتماع الطبي، مدخل نظري، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1996.

11- البنك الدولي، النوع الإجتماعي والتنمية في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، دار الساقي، بيروت، 2005.

12- أمل البكري وآخرون، الصحة والسلامة العامة، دار الفكر، الأردن ط1، 2006.

13- إميل خليل بيدس، صحة العائلة، 800 سؤال وجواب، دار الجيل، بيروت، ط2، 1998.

14- النماس أحمد فايز، الخدمة الإجتماعية الطبية، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، ط1، 2000.

15- الوحيشي أحمد بيري، عبد السلام بشير الدويبي، مقدمة في علم الإجتماع الطبي، الدار الجماهرية للنشر والتوزيع والإعلان ،ط1، ليبيا، 1989.

16- الوريكات عايد ، علم الإجتماع الطبي، دار وائل للنشر والتوزيع، الأردن، ط1،2010.

17- أيمن مزاهرة، عصام حمدي الصفدي، ليلى أبو حسير، علم إجتماع الصحة، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، ط1، 2001.

18- إيفون تيران، المواجهات الثقافية في الجزائر المستعمرة، المدارس والممارسات الطبية والدين، 1830-1880، ترجمة: محمد عبد الكريم أوزغلة، دار القصبة للنشر، الجزائر، 2007.

19- باربرا كلاين وآخرون، أساسيات التثقيف الصحي، منشورات جامعة اليرموك، الأردن، 1986.

20- بن عبد الله محمد ، سيكولوجية الشخصية المغاربية، ديوان المطبوعات الجامعية، جامعة وهران، الجزائر،2010.

21- بهاء الدين إبراهيم سلامة، صحة الغذاء ووظائف الأعضاء، دار الفكر العربي، القاهرة ، ط1، 2000.

22- بودريار جان ، المجتمع الإستهلاكي، دراسة في أساطير النظام الإستهلاكي وتراكيبه، ترجمة: أحمد خليل، دار الفكر اللبناني، بيروت،1995

23- بوزيت مراد، مرض السمنة، أسبابه، مضاعفاته، علاجه، دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر،السنة غير مذكورة.

24- بومخلوف محمد وآخرون، واقع الأسرة الجزائرية والتحديات التربوية في الوسط الحضري"القطيعة المستحيلة"، مخبر الوقاية والأرغنوميا، جامعة الجزائر، الجزائر، ط1،2008.

25- جعفر صادق علاوي، مرض السكري للطبيب والمريض، دار الوراق للدراسات والنشر والإعلام، سوري، ط2،1997.

26- جليل وديع شكور، أمراض المجتمع، الأسباب، الأصناف، التفسير، الوقاية والعلاج، الدار العربية للعلوم، بيروت، 1998.

27- جين كاربر، دواؤك في غذائك، موسوعة طبية غذائية، ترجمة: أحمد رمو، دار علاء الدين للنشر والتوزيع والترجمة، دمشق، ط3،2005.

28- دافيد أرنولد، الطب الإمبريالي والمجتمعات المحلية، ترجمة : مصطفى إبراهيم فهمي، عالم المعرفة، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت،1998.

29- حاروش نور الدين ، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، دار كتامة للكتاب، الجزائر، ط1، 2008

30- حسين عبد الحميد أحمد رشوان، دور المتغيرات الإجتماعية في الطب والأمراض، دراسة في علم الإجتماع الطبي، المكتب الجامعي الحديث الإسكندرية، ط2، 1988.

31- حسين عبد الحميد أحمد رشوان،الأسرة والمجتمع، دراسة في علم إجتماع الأسرة، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية،2003.

32- حليمي عبد القادر ، مدخل إلى الإحصاء، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1994.

33- داود معمر ، مقاربة ثقافية للمجتمع الجزائري ، دراسة لبعض الملامح السوسيو-نفسية والإقتصادية، دار طليطلة، الجزائر ، ط1، 2009.

34- راتب عبد الوهاب السمان، ريجيم القرن الحادي والعشرين، ريجيم النظام المفتوح والكميات المفتوحة لإنقاص الوزن، للسكري، لإرتفاع الشحوم والكلسترول، دار الفكر، دمشق، ط1، 2000.

35- زين حسن بدران، أيمن سليمان مزاهرة، الرعاية الصحية الأولية، دار الميسرة للنشر والتوزيع والطباعة،عمان، ط1، 2009.

36- سعد الله أبو القاسم، تاريخ الجزائر الثقافي، 1500-1830، دار الغرب الإسلامي، بيروت، الجزء الثاني، ط1 ، 1998.

37- سعد الله أبو القاسم، تاريخ الجزائر الثقافي 1830-1954، دار الغرب الإسلامي، بيروت، ط1، الجزء السابع، 1998.

38- سلاطنية بلقاسم ، حمدي سامية ، العنف والفقر في المجتمع الجزائري، دار الفجر للنشر والتوزيع، القاهرة، 2008.

39- سيد الحديدي،نزار الباش، الداء السكري، قصته، أسبابه، طرق علاجه، دار القلم العربي، سوريا، ط1، 1994.

40- شيلدون شيبس، ضغط الدم المرتفع، الإجابات الشافية لعلاج ضغط الدم المرتفع والوقاية منه، ترجمة: مركز التعريب والبرمجة، الدار العربية للعلوم، بيروت، ط1،2000.

41- صلاح الدين علي الشامي، الإستهلاك ظاهرة بشرية في الرؤية الجغرافية، منشأة المعارف، القاهرة، 1984.

42- صلاح الدين محمد أبو الرب، مقدمة في صحة المجتمع، دار حنين، عمان، ط1، 1996.

43- طارق السيد، أساسيات في علم الإجتماع الطبي، مؤسسة شهاب الجامعة، الإسكندرية، 2007.

44- طارق أسامة صالح، الصحة والبيئة، مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع، الأردن،ط1، 2005.

45- طوني سميث وآخرون، موسوعة صحة العائلة، دليل صحي شامل لجميع أفراد العائلة، دار العلم للملايين، بيروت، ط3، 2001.

46- عبد الحميد الشاعر، يوسف أبو الرب، رشدي قطاش، علم الإجتماع الطبي، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، ط1 ،2000 .

47- عبد الرحمن العيسوي، في الصحة النفسية والعقلية، دار النهضة للطباعة والنشر، بيروت،1992.

48- عبد الرحمن العيسوي، سيكولوجية الغذاء، دار الراتب الجامعية، بيروت، ط1، 2000.

49- عبد الرحمن العيسوي، الإضطربات النفسجسمية، دار الراتب الجامعية، بيروت، ط1، 2000.

50- عبد السلام بشير الدويبي، علم الإجتماع الطبي، دار الشروق للنشر والتوزيع، الأردن، ط1، 2005.

51- عبد العزيز طريح شرف، البيئة وصحة الإنسان في الجغرافيا الطبية، مركز الإسكندرية للكتاب، الإسكندرية، 2003 .

52- عبد العزيز الشريف، القلب وأمراضه، مركز الأهرام للترجمة والنشر، القاهرة، ط1، 1989.

53- عبد المنعم عاشور، صحة المسنين كيف يمكن رعايتهم، مركز الأهرام للترجمة والنشر، القاهرة، ط1، 2001.

54- عبد المحي محمود حسن صالح، الصحة العامة بين البعدين الإجتماعي والثقافي،دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية،2003 .

55- علي عسكر، ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها، الصحة النفسية والبدنية في عصر التوتر والقلق، دار الكتاب الحديث، الكويت، ط1، 2000.

56- علي محمد جلال، الصحة والرياضة، المركز العربي للنشر، مصر، ط1، 2004.

57- عوض منصور، عزام صبري، علي قوقزة، علم الإحصاء الوصفي المبرمج، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، ط1، 1999.

58- فركوس صالح،تاريخ الجزائر، من ما قبل التاريخ إلى غاية الإستقلال، المراحل الكبرى،دار العلوم للنشر والتوزيع، الجزائر،2005.

59- فيزرستون مايك ، ثقافة الإستهلاك وما بعد الحداثة، ترجمة: فريال حسن خليفة، مكتبة مدبولي، القاهرة، 2010 .

60- فوزية رمضان أيوب، دراسات في علم الإجتماع الطبي، مكتبة نهضة الشرق، القاهرة، 1985.

61- قدري الشيخ علي، سوسن جورج سمور، ماري زايد حداد، علم الإجتماع الطبي، مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع،الأردن، ط1، 2011.

62- قيس أبو طه، الكلسترول والقلب، دار العلم للملايين، بيروت، ط1، 1998.

63- كامل محمد عويضة، الصحة في منظور علم النفس، دار الكتب العلمية، بيروت، 1996.

64- لونيس علي ، الأبعاد الإجتماعية والثقافية لسلوك المستهلك العربي، المكتبة العصرية للنشر والتوزيع ، مصر، ط1، 2008.

65- ماجد عبد العالي، السمنة وأمراض الغدد، أسبابها والوقاية منها، مركز الأهرام للترجمة والنشر،القاهرة، ط1، 1995.

66- محمد أحمد إبراهيم سعفان، دراسات في علم النفس والصحة النفسية، دار الكتاب الحديث، القاهرة، 2003.

67- محمد السيد عبد السلام، الأمن الغذائي في الوطن العربي، سلسلة كتب ثقافية شهرية يصدرها المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، عالم المعرفة، الكويت، 1998.

68- محمد الجوهري وآخرون ،علم الإجتماع الطبي، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، ط1 2009.

69- محمد علي محمد وآخرون، دراسات في علم الإجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية،2011.

70- محمد إياد الشطي، الطب الباطني، ترجمة: أحمد الصباغ وآخرون، دار المعاجم، دمشق، ط1، 1995.

71- محمد عبد المنعم نور، الخدمة الإجتماعية الطبية والتأهيل، مكتبة القاهرة الحديثة، القاهرة، 1971.

72- محمد محسن إبراهيم، أمراض ضغط الدم، أنواعها وأسبابها ومخاطرها، مركز الأهرام للترجمة والنشر، القاهرة، ط1، 2000.

73- محمود خليل الشاذلي وآخرون، طب المجتمع، المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية للشرق الأوسط، بيروت، 1999.

74- محمد محمود عبد الله، الصحة والغذاء، دار الجيل، بيروت، ط1، 1996.

75- مصطفى ماهر عطري، التدخين والصحة، المركز العربي للوثائق والمطبوعات الصحية،الكويت ،ط1 ، 2000.

76- مصطفى القمش، خليل معايطة، سحر مخامرة، مبادئ الصحة العامة، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، الأردن، 2000.

77- منال جلال محمد عبد الوهاب، أسس الثقافة الصحية، مكتبة الرشد للنشر والتوزيع، المملكة العربية السعودية، ط1، 2004.

78- منظمة الصحة العلمية، التقرير الخاص بالصحة في العالم 2000، تحسين أداء النظم الصحية، منظمة الصحة العالمية، جنيف،2000.

79- نادية عمر، العلاقات بين الأطباء والمرضى، دراسة في علم الاجتماع الطبي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1993.

80- هاني عرموش، دليل الأسرة الطبي المصور، دار النفائس للطباعة والنشر والتوزيع، سوريا، ط3، 2005.

81- وائل عبد المولى باشا، علم الأمراض، منشورات جامعة دمشق، كلية الصيدلة، دمشق، ط9، 2005.

3- قائمـــة القواميس والمعاجم :

1- دينكن متشيل، معجم علم الإجتماع، ترجمة: إحسان محمد الحسن دار الطليعة للطباعة والنشر، بيروت، ط2، 1986

2- مذكور إبراهيم ، معجم العلوم الإجتماعية، الهيئة المصرية العامة للكتاب، الإسكندرية، 1975.

2-4- قائمـــة الدوريات والنشرات والمجلات:

1- أيمن صالح الكشمري، دراسة إبدميولوجية لداء السكري، المجلة الطبية الأردنية، تصدرها نقابة الأطباء الأردنية بدعم من وزارة الصحة والخدمات الطبية الملكية وكلية الطب في الجامعة الأردنية وكلية الطب في جامعة العلوم والتكنولوجيا الأردنية، الأردن، مجلد 62، العدد1، 1996.

2- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، جبهة التحرير الوطني، دستور1976، جبهة التحرير الوطني، الجزائر، 1976.

3- فافري جان ، التقليدوية والتحديث المعاق، سلسلة المعرفة التاريخية، الأنثروبولوجيا والتاريخ حالة المغرب العربي، ترجمة عبد الأحد السبتي وعبد اللطيف الفلق، دار توبقال للنشر، المغرب، ط1، 2007.

4- عيسى محمد ، التأثير الفيزيولوجي للمياه عالية الملوحة على الإنعصاب (دراسة ميدانية)، مجلة الوقاية والأرغنوميا، مجلة نفسية، إجتماعية، صحية، مخبر الوقاية والأرغنوميا، جامعة الجزائر، الجزائر، العدد1، 2007.

5- بوتفنوشت مصطفى ، من صور أنماط الألفة الإجتماعية في المجتمع الجزائري، ترجمة: حسن بن مهدي، الثقافة، مجلة تصدرها وزارة الثقافة والسياحة بالجزائر، الجزائر، العدد 88، 1985.

6- بوتفنوشت مصطفى وآخرون، التغيرات الإجتماعية في الجزائر منذ الإستقلال، المجلة السنوية لمعهد علم الإجتماع، ديوان المطبوعات الجامعية ، الجزائر، رقم 3 خاص، 1986.

7- ميموني رشيد ، تحليل بعض العناصر الإجتماعية والثقافية لدراسة نمط الإستهلاك في الجزائر، دفاتر مخبر التغير الإجتماعي، جامعة الجزائر، مخبر التغير الإجتماعي، الجزائر، العدد7، 2007.

2-5- التحقيقات والدراسات:

1- وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الديوان الوطني للإحصائيات، النتائج الأولية للمسح الجزائري لصحة الأسرة 2002، الديوان الوطني للإحصائيات، الجزائر، جوان 2003.

2-6- الأطروحات الجامعية :

1- مساني فاطمة، الثقافة الصحية لدى المرضى المصابين بالأمراض المزمنة في الجزائر، دراسة ميدانية لعينة من المرضى المصابين بداء السكري، الضغط الدموي وأمراض القلب بمستشفى بني مسوس مصلحتي الطب الداخلي وأمراض القلب، أطروحة دكتوراه، جامعة الجزائر، لجزائر، 2008-2009.

2-قائمـة المراجع باللغة الأجنبية:

2-1-قائمة المراجع باللغة الفرنسية

2-1-1-قائمـــة كتب المنهجية :

1- Angers Maurice, Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines, casbah université, Alger,1997.

2- Boudon Raymond, Les méthodes en sociologie, Presses universitaires de France, Editions Dalta, Frances, 1996.

3- Combessie Jean Claud, la méthode en sociologie, casbah Edition ,Alger,1998.

4- Grawitz Madeleine, Méthodes des sciences sociales, Edition Dalloz, Paris, 10eme Edition,1996.

2-1-2- قائمـــة الكتـــب العامة:

1- Bariety Maurice, bonniot Robert, bariéty jean, Sémiologie médicale, Initiation a la médecine, Masson et CIE, Paris, 3eme Edition,1969.

2- Boudia Kheir Eddine Merad, HTA, Hypertention Artérielle, société Algerienne de l'hypertention Artérielle, Algerie, 2009.

3- Boutefnouchet Mustafa, La famille Algerienne, Evolution et caractéristiques, Recentes Société nationale d'édition et de diffusion, Alger, 2eme édition, 1982.

4- Bouvenot .G, Devuder.B, Guillevin.L, Pathologie médicale , Edition Masson. Paris 1995.

5- Bristol- Myers Squibb, HTA et diabète, la grande arche nord, Paris, 1996

6- Constans .T, duchemin .F, Problèmes quotidiens du diabète, conduite à tenir devant un diabétique âgé, publication de servier médical, Neuilly sur seine, 1986.

7- Gassier Jacqueline, Morel - Haziza Catherine,Sciences Médico – Sociales ,Masson Paris.

8- Gilles Ferreol, Lexique des sciences socials, collection Syntèse, série "Sociologie", Armand colin HER, Paris, 2000.

9- Haslett .C, Rchilver. E, Himter.J.A., Médecine interne, principes et pratique, Edition maloire, Paris, 1997.

10- Institut national de santé publique, Relevé épidémiologique mensuel, Institut nation de santé publique, Alger, volume 3, 1999.

11- Mammeri Driss, un système national de santé publique pour protéger et améliorer ,la santé des habitants, collection santé ,Edition ENAG, Alger ,1991.

12- Marcel- Jacque chicouri, Diabète, Collection consultation ,édition, M.A, paris, 1983

13- Mendras Henri, Forcé Michel, le changement social : Tendances et paradigmes, Edition Armand colin, Paris, 1983.

14- OMS, Rapport sur la santé dans le monde 1995, Réduire les écarts, OMS, Genève, 1995.

15- OMS, Rapport sur la santé dans le monde 1996, Combattre la maladie promouvoir, le développement, OMS Genève, 1996.
16- OMS ,Rapport sur la santé dans le monde 1999, pour un réel changement, OMS Genève, 1999.
17- Pacaud Gérard, Le diabéte et ses complications, Prévention, pris en charge, Traitement, Edition dahlab, Alger, 1995.
18- Perlemter .L, Guide thérapotique, Edition masson, paris,4eme, 2006
19- Rocher Guy, Introduction à la sociologie, le changement social, Edition HMH, Paris, 1968.
20- Steudler François, Sociologie Médicale, Librairie armand Colin, Paris, 1972
21- Thomas Gay, L'indisponsable de la sociologie, Principes, Studyrama, France, 2004.
22- Tremblay Jean-Marie et autres, Liens entre le statu socio-économique et la santé, Direction de la santé publique, Régie Régionale de la santé et des services sociaux de Québec, Ministère de la santé et des services sociaux, Avec la collaboration de bureau de la statistique du québec, Canda ,1995.

2-1-3-قائمة القواميس والمعاجم:

1- Boudon Raymond et autres, Dictionaire de sociologie, Bussiere Groupe cpi, France, 2005.
2- Boudon. R, Bouricaud.F, Dictionnaire critique de la sociologie, presse universitaire de France, France, 1990.
3- Domart Andre et Bourneuf Jacques, Petit Larousse de la médecine, librairie Larousse, Paris 1983.
4- Juvain Yves, Roux Partrick, Petit Larausse de la Médecine, Distributeur Messageries ADP, Montréal, Canda, 2eme Edition, 2002, p 822.
5- Lacombe .M, Monceaux.J. P, Harlay.A, Lexique de Termes Médicaux avec lexique Etymologique, Edition Larmarre, Paris, 1987.
6- Larousse Medicale, Edition larousse, Paris, 2000, p 205.

2-1-4- قائمـــة الدوريات والنشرات والمجلات:

1- Boutefnouchet Mustafa, la famille algérienne quel modèle ? , Collection le lien,changements familiaux et changements sociaux, Actes du 3 eme colloque, département de sociologie 20-21 janvier 2004, publication de la faculté des sciences humaines et sociales, université d'Alger 2005-2006 , Alger, deuxième partie, Numéro3, 2006 .
2- Centre hospitalo-universitaire Mustapha bacha, Mouvement de la population hospitalière ,Récapitulatif Année 2009,2010,2011, Centre hospitalo-universitaire Mustafha bacha, Alger 2011.
3- Grangaud.J.P « Editoria » Algérie santé, communication, publicité, Alger,Edition, N°8 janvier-février, 2002.
4- Laboratoire de développement pharmaceutique Algérie, « Médico- pharmaceutique», le diabète, Laboratoire de développement pharmaceutique Alger, N°4, 1998.
5- Ministère de la sante, de la population et de la r**é**forme hospitalière, Politique nationale de population à horizon 2010, Rapport du comité national de population, Ministère de la sante, de la population et de la r**é**forme hospitalière, Alger, 2002.
6- Ministère de la santé, de la population ,Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique ,Arrete interministériel du portant création et/ou régularisation de services hospitalo- universitaire et de leurs unités constituves au sein de CHU d'Alger-centre, Ministère de la santé, de lapopulation ,Alger,1995.

7- Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique, Ministère de la finances, Arrete interministériel du portant création et/ou régularisation de services hospitalo-universitaire et de leurs unités constituves au sein de CHU Mustapha, Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, Alger ,2008 .
8- Moatemri.Fet autres, syndrome métabolique, taux de HDL cholestérol et Risque cardiovasculaire, la société tunisienne de cardiologie et de chirurgie cardiovasculaire, 11eme congres maghrébin de cardiologie couplé au 28eme congrés national, Tunis, 2008.
9- Office national des statistiques, N° 375, Alger, 2002.
10- OMS,« le diabète sucre», Aide Mémoire, OMS, Geneve, N° 138, Novembre 1999.
11- OMS, «Le coût du diabète, Journée mondiale du diabète, 14 novembre 1999», Aide mémoire, OMS,Genéve,N°236,novembre, 1999.

2-1-5- التحقيقات والدراسات:

1- Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Direction de la prévention, Rapport du séminaire Atelier d'élaboration du programme national de lutte intégrée contre les maladies non transmissibles, Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière,Alger, 2003.
2- Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Direction de la prévention Mesure des Facteurs de risque des maladies non transmissibles dans deux zones pilotes (Approche Step "wise" de L'OMS) Rapport préliminaire ,Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Alger, 2004.
3- Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Direction de la prévention Mesure des Facteurs de risque des maladies non transmissibles dans deux zones pilotes (Approche Step "wise" de L'OMS) Rapport final ,Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Alger, 2005.
4- Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Office national des statistique, Suivi de la situation des enfants et des femmes, Enquête nationale a indicateurs multiples MICSS, Algerie 2006, Rapport préliminaire, Office national des statistiques , Alger, 2007.
5- Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Office national des statistique, Suivi de la situation des enfants et des femmes, Enquête nationale a indicateurs multiples MICSS, Algerie 2006, Rapport principal, Office national des statistiques , Alger, 2008.
6- Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, institut national de santé Publique, Transition épidémiologique et système de santé, Projet TAHINA, l'obésité chez l'adulte de 35 à70 ans en Algérie, Institut nationale de sante publique ,Alger,2010.

3- قائمة المراجع باللغة الإنجلزية

2-2-1- قائمـــة الكتـــب العامة:

1- Cockerham William.C, Medical Socialogy, Pearson prentice hall, University of Alabama at birmingham, birmingham, Tenth edition, 2007.
2- Cox Caroline, Mead Adrianne, A Sociology of medical practice, Collier–Macmillan London, 1975.
3- Elliot George,Mishler and al, Social contexts of health, Illness and patient care Published by th press syndicte of the university of Cambridge, Combridge, 1981.

4- Howard.E.Freeman, Sol Levine, Handbook of Medical sociology, Englewood cliff, United States of América, 1989 .
5- Janathon.S,Rakich.Ph.D,Hospital orgnisation and management, Spectrum publication, in New York, 1983.
6- Jones.R.K, Jones P.A , Sociology in medicine the English universities, Press limited ,London, 1975.
7- Macionis John. J, Sociology, Pearson international Edition, United States and Canada, Tenth Edition, 1998.
8- Tarimo.E and Creese.A, Achieving Health for all by the year 2000, Midway reports of country experiences,WhO library cataloguing in publication data, England, 1990.

3-2- قائمة القواميس والمعاجم:

1- Martin.M.A, Elizabeth.A, Concise médical Dictionary,with an English- Arabic glossary, librairie du Liban, printed in Lebanon by typopress, Beirut, 1987.

3-3- قائمـــة الدوريات والنشرات والمجلات:

1- Mondillo Sergio - Golderisi Maurizio-, Echocardiographie évaluation in acute myocardial infraction, ONE way publishing, printed in it Italy, Italy, 2006.

4- مواقع الأنترنيت :

1- http://www.who.int/chronic-disease-Report /part1/ar/index$_2$ .html-05/03/2009-10:30.
2- http://www.who.int/mediacentre./ar/index.html.26/05/2009.10 :30.
3- http://www.who.int/mediacentre/event/ar/index .htm,26/05/2009/10:30.
4- http://www.dmeducation.com/ub/show theread.ph.p,03/11/2009/10:05.

إستمارة الدراسة

خاصة بالمريض

المحور الأول : بيانات أولية خاصة بالمريض

1- الجنس : ذكر ☐ أنثى ☐

2- السن : ☐☐

3- منطقة الإقامة : -حضرية ☐ -شبه حضرية ☐ -ريفية ☐

4- الحالة العائلية: -أعزب ☐ - متزوج ☐ -مطلق ☐ - أرمل ☐

5- المستوى التعليمي -بدون مستوى ☐ -إبتدائي ☐ -متوسط ☐

-ثانوي ☐ - جامعي ☐ -ما بعد التدرج ☐

6- الحالة المهنية: - مشتغل دائم ☐ - مشتغل جزئيا ☐ -بطال ☐ - طالب/ تلميذ ☐

- متقاعد ☐ - ذو معاش ☐ حالة مهنية أخرى أذكرها ماهي

.....

7- ما هو مرضك/أمراضك، أذكره/ أذكرها .....

.....

8- منذ متى وأنت مريض: ☐☐

المحور الثاني : أثر التغير في عادات التغذية على الإصابة بالمرض المزمن.

9- هل حدث لك تغير في نوعية الغذاء قبل إصابتك بالمرض المزمن؟

- في حالة الإجابة بنعم، ما هي كيفيات هذا التغير الغذائي؟، أذكرها .....

.....

.....

10- هل حدث لك تغير في كمية الغذاء المشبع بالدهون بالزيادة أو النقصان قبل إصابتك بالمرض المزمن ؟

-نعم ☐ -لا ☐

-في حالة الإجابة بنعم، ما هي حالات التغير في كمية الغذاء المشبع بالدهون والتي حدثت لك؟، حددها فيما يلي:

- زيادة في تناول الغذاء المشبع بالدهون بدرجة كبيرة ☐
- زيادة في تناول الغذاء المشبع بالدهون بدرجة قليلة ☐
- نقص في تناول الغذاء المشبع بالدهون بدرجة كبيرة ☐
- نقص في تناول الغذاء المشبع بالدهون بدرجة قليلة ☐

11- هل كنت تسعى لإستهلاك المأكولات والمشروبات المصنعة والمعلبة قبل إصابتك بالمرض المزمن ؟

-نعم ☐ -لا ☐

12- ضمن وجباتك الغذائية اليومية، هل كنت تستهلك بكثرة المأكولات والمشروبات المصنعة والمعلبة قبل إصابتك بالمرض المزمن؟

-نعم ☐ -لا ☐

إذا كانت الإجابة بنعم، ماهي هذه المأكولات والمشروبات المصنعة والمعلبة؟، أذكرها .....

.....

13- ضمن الوجبات الغذائية الأساسية اليومية وذات الإستهلاك الواسع، حدد مكونات المأكولات التي كنت تتناولها بكثرة قبل إصابتك بالمرض المزمن؟ .....

.....

.....

14- هل كنت تتناول أو تميل لتناول المأكولات المقلية بكثرة قبل إصابتك بالمرض المزمن ؟

-نعم ☐ - لا ☐

-في حالة الإجابة بنعم، ما هي هذه المأكولات المقلية؟، أذكرها .....

.....

.....

15- هل كنت قبل إصابتك بالمرض المزمن تستهلك بكثرة المأكولات الخفيفة والسريعة التناول في الشارع (Fast Food)؟

-نعم ☐ -لا ☐

- في حالة الإجابة بنعم، ما هي هذه المأكولات الخفيفة والسريعة التناول؟، أذكرها .....

.....

.....

16- ما هو أصل المأكولات التي كنت قبل إصابتك بالمرض المزمن تميل إلى تناولها بكثرة في المترل أو خارج المترل، وسواء من حيث الإستهلاك المباشر أو من حيث طريقة الطبخ؟، أذكر ذلك .....

.....

.....

17- أين كنت تتناول معظم وجباتك الغذائية قبل إصابتك بالمرض المزمن؟، ضمن الأماكن الآتية:

- في المترل ☐
- في المطاعم العادية ☐
- في المطاعم الفارهة ☐

- في مطعم مؤسسة العمل ☐
- مكان آخر، حدده .....

.....

18- هل كنت قبل إصابتك بالمرض المزمن تتناول أو تميل للتناول بكثرة الوجبات الغذائية الغنية بملح الطعام؟

-نعم ☐ -لا ☐

19- ما هو البرنامج الغذائي الذي كنت تتبعه يوميا قبل إصابتك بالمرض المزمن؟

- البرنامج الغذائي : فطور، غداء، عشاء ☐
- عند الإحساس بالجوع دون وقت محدد ☐
- برنامج آخر أذكره .....

.....

20- هل كنت قبل إصابتك بالمرض المزمن تتناول بكثرة أو تميل للتناول بكثرة الحلويات أو المأكولات والمشروبات الغنية بالسكريات؟

-نعم ☐ -لا ☐

21- كيف تقيم عادات التغذية التي كنت تمارسها في نظام حياتك اليومي وقبل إصابتك بالمرض المزمن؟

.....

.....

.....

22- في إعتقادك ما مدى مساهمة عادات التغذية التي كنت تتبعها كنمط غذائي يومي، قبل إصابتك بهذا المرض المزمن الذي تعاني منه في إصابتك به ؟

-كليا ☐ -جزئيا ☐ - لم تساهم ☐

23- من خلال إطلاعك على وزنك أو زياراتك للطبيب أو للمستشفى (الفحوصات الطبية)، هل إتضح لك بأنك تعاني من السمنة قبل إصابتك بهذا المرض المزمن ؟

-نعم ☐ -لا ☐

المحور الثالث : تدني مستوى الوعي الصحي وتأثيراته على الإصابة بالمرض المزمن.

24- هل تلقيت توعية أو إكتسبت معلومات حول الصحة الجيدة والوقاية من الأمراض المزمنة كالضغط الدموي، السكري وأمراض القلب، قبل إصابتك بهذا النوع من الأمراض من وسائط المجتمع كالمؤسسات التعليمية وسائل الإعلام المرئية والمكتوبة، الجمعيات...الخ ؟

-نعم ☐ -لا ☐

- في حالة الإجابة بنعم، ما مستوى المعلومات المكتسبة لديك من خلال هذه التوعية ؟

مستوى عال ☐ مستوى متوسط ☐ مستوى ضعيف ☐

25- هل كنت تدرك جيدا قبل إصابتك بالمرض المزمن، أهمية السلع والخدمات الضرورية للصحة الجيدة والوقاية من الأمراض المزمنة كالضغط الدموي، السكري والقلب من خلال توعية وسائط المجتمع كالمؤسسات التعليمية ووسائل الإعلام المرئية والمكتوبة، الجمعيات ...إلخ

-نعم ☐ - لا ☐

- في كلتا الحالتين، ما هي أهم وأبرز هذه السلع والخدمات؟، أذكرها .....

.....

.....

26- هل كنت تتلقى توعية من طرف أعضاء أسرتك، قبل إصابتك بالمرض المزمن حول إتخاذ الإحتياطات الوقائية من الأمراض المزمنة كالضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب؟

-نعم ☐ -لا ☐

-في حالة الإجابة بنعم، كم كان يقدر عدد مرات هذه التوعية ؟ .....

.....

27- قبل إصابتك بهذا المرض المزمن هل كان هناك تطبيق ملموس في وسطك الأسري من طرفك والأعضاء الآخرين للإحتياطات الوقائية أو لمبدأ الوقاية خير من العلاج من الأمراض المزمنة كالضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب؟

- نعم ☐ - لا ☐

- في حالة الإجابة بنعم، ماذا كان يخص هذا التطبيق من الإحتياطات الوقائية لتجنب الإصابة بهذه الأمراض المزمنة؟ .....

.....

28- هل كنت تدري وتعلم قبل إصابتك بالمرض المزمن أن أحد الوالدين أو الأجداد الأولين كان يعاني منه ويحمله(وراثي)؟ ☐ ☐

- في حالة الإجابة من يكون حدده ؟، هل هو:

- الأب ☐ - الأم ☐ -الجد الحالي ☐

-الجدة الحالية ☐ -الأجداد الأولين ☐

29- هل قبل إصابتك بالمرض المزمن كانت أسرتك تثير الحوار والنقاش حول الوراثة وأسباب ومضاعفات الأمراض المزمنة كالضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب؟

-نعم ☐ - لا ☐ - أحيانا ☐

30- قبل إصابتك بالمرض المزمن كيف كنت تتعامل أو تواجه مشكلات وأحداث الحياة؟ أذكر ذلك

.....

.....

31- قبل إصابتك بهذا المرض المزمن، ومن خلال خبراتك وتجاربك الشخصية، هل كنت تقوم بالإطلاع وإكتساب معلومات حول مسببات الأمراض المزمنة كالضغط الدموي داء السكري وأمراض القلب؟

-نعم ☐ -لا ☐

- في حالة الإجابة بنعم، ما هي أبرز مصادر الإطلاع على هذه المعلومات ؟ أذكرها .....

.....

.....

32- إعتمادا على خبراتك وتجاربك السابقة والشخصية، هل كنت قبل إصابتك بالمرض تتخذ الإحتياطات الوقائية في مجال التغذية اليومية لتجنب الإصابة بالأمراض المزمنة كالضغط الدموي داء السكري وأمراض القلب؟

-نعم ☐ - لا ☐

33- هل كنت تمارس الرياضة قبل إصابتك بالمرض المزمن ؟

-نعم ☐ - لا ☐

34-عن طريق ماذا كانت تتم تنقلاتك اليومية لمسافات يمكن قطعها مشيا (السير على الأقدام)، قبل إصابتك بهذا المرض المزمن في معظم الحالات، إلى العمل، وقضاء حاجات ما ؟، هل عن طريق:

- النقل العمومي ☐ - سيارة خاصة ☐

-السير علي الأقدام (المشي) ☐ -طريقة أخرى، أذكرها .....

.....

35- في مجال نشاطك أو عملك (حتى المترلي)، هل كنت تقوم بمجهود بدني (نشاط حركي معتبر) قبل إصابتك بالمرض المزمن؟

-نعم ☐ -لا ☐

- في حالة الإجابة بنعم، ما مستوى هذا المجهود أو النشاط؟

-نشاط كثيف ☐ -نشاط متوسط ☐ -نشاط ضعيف ☐

36- قبل إصابتك بالمرض المزمن، هل كانت لديك عادة التدخين ولمدة طويلة؟

نعم ☐ لا ☐

37- في إعتقادك وقبل إصابتك بهذا المرض المزمن، ما مدى مساهمة تدني مستوى معلوماتك ووعيك الصحي الوقائي في إصابتك به ؟

-كليا ☐ -جزئيا ☐ - لم يساهم ☐

38- ما هي المدة الزمنية التي إستغرقتها ما بين ظهور الأعراض المرضية وزيارتك للطبيب ؟ .....

.....

المحور الرابع : المستوى المعيشي الأسري وعلاقته بالأمراض المزمنة .

39- كم كان يقدر الدخل الشهري لأسرتك قبل الإصابة بالمرض المزمن؟ .....

.....

40- كيف تقيم مقدار المصاريف المترلية ومستوى الدخل الشهري لأسرتك قبل الإصابة بالمرض المزمن؟

- المصاريف المترلية أكبر من الدخل ☐
- المصاريف المترلية أقل من الدخل ☐
- المصاريف المترلية تتساوى مع الدخل ☐

41- هل كانت أسرتك قبل إصابتك بالمرض المزمن، تهتم بتوفير ضروريات الصحة الجيدة والتي تقي من الأمراض المزمنة كضغط الدم، السكري وأمراض القلب ؟

-نعم ☐ -لا ☐

-إذا كانت الإجابة بنعم، فما هي السلع والخدمات الضرورية للصحة والوقاية من هذه الأمراض المزمنة والتي كانت تهتم بتوفيرها أسرتك؟، أذكرها:.....

.....

.....

إذا كانت الإجابة بلا، ما هي الحاجيات الضرورية للصحة والوقاية من الأمراض المزمنة التي لم تستطيع الأسرة توفيرها ؟ ، أذكرها:

.....

.....

.....

42- من كان يساهم أكثر قبل إصابتك بالمرض المزمن في الدخل الشهري الأسري ؟ هل:

-الزوج ☐ -الزوجة ☐ -الزوجين معا ☐

- أعضاء آخرين، أذكرهم .....

43- من كان يتولى تسيير الميزانية الأسرية قبل إصابتك بالمرض المزمن؟، هل:

- الزوج ☐ - الزوجة ☐ -الجد ☐ - الجدة ☐

- الأخ الأكبر ☐ - عضو آخر، أذكره .....

44- قبل إصابتك بالمرض المزمن، هل كانت توجد خلافات ومشكلات أسرية حادة بسبب الإختلافات حول المصاريف المترلية ؟

- نعم ☐ -لا ☐

45-من بين الوضعيات المادية الآتي ذكرها والمؤثرة في ميزانية الأسرة إيجابيا أو سلبيا، والتي يمكن أن تتعرض لها أية أسرة في نظام الحياة اليومي، ما هي أبرز وضعية مادية حرجة، والتي تعرضت لها أسرتك قبل الإصابة بالمرض المزمن وأفرزت ضغوطا إجتماعية ونفسية حادة على صحتك وصحة أعضاء الأسرة ككل؟ هل هي:

- إستلاف مبلغ مالي كبير ☐
- الحصول على ملك أو مبلغ مالي كبير ☐
- أزمة سكن ☐
- لم تتعرض الأسرة إلى أية وضعية مادية حرجة ☐
- وضعية مادية أخرى أذكرها .....

46-ما هو نوع المسكن الذي كنت تقيم فيه قبل إصابتك بالمرض المزمن وكان يأوي أفراد أسرتك؟، هل هو:

- شقة ☐ -فيلا ☐ - بيت تقليدي ☐
- بيت قصديري ☐ - نوع آخر أذكره .....

47- بأي صفة كنتم تسكنون في المسكن الأسري قبل إصابتك بالمرض المزمن ؟

- مالك مشترك ☐ مالك خاص ☐
- في طور الحصول على الملكية ☐
- مستأجر ☐ - مسكن وظيفي ☐
- مسكن مجاني ☐
- صفة أخرى، أذكرها .....
.....

48- كم كان يقدر عدد الغرف في المسكن الأسري الذي كنت تقيم فيه قبل إصابتك بالمرض المزمن ؟ ☐☐

49- كم كان يقدر عدد الأفراد بشكل عام الذين كانوا يسكنون في نفس مسكنكم الأسري قبل إصابتك بالمرض المزمن؟ ☐☐

50-كم كان يقدر عدد الأفراد المتزوجين الذين كانوا يسكنون في نفس مسكنكم الأسري قبل إصابتك بالمرض المزمن؟ ☐☐

51-للزوج/للزوجة : عند زواجك وقبل إصابتك بالمرض المزمن مع من كنت تسكن ؟، هل مع:

- أهل الزوج ☐ - أهل الزوجة ☐ -في مسكن مستقل ☐

52- في كل حالات السكن، هل كانت الأسرة تهتم بحل الخلافات والمشكلات الزوجية والأسرية ؟

-نعم ☐ - لا ☐ - أحيانا ☐

53- ما نوع العلاقة التي كانت تجمعك قبل إصابتك بالمرض المزمن مع أعضاء المسكن الأسري؟ هل هي:

علاقة سيئة ☐ علاقة متذبذبة ☐ علاقة حسنة ☐

- في حالة العلاقة السيئة، إلى أي درجة من الخطورة أثرت هذه العلاقة على صحتك الجسمية والنفسية قبل إصابتك بالمرض المزمن؟ هل هي:

- درجة تأثير قوية ☐
- درجة تأثير متوسطة ☐
- بدون خطورة ☐

54- في رأيك ما مدى مساهمة المستوى المعيشي في إصابتك بالمرض المزمن ضمن أوضاع أسرتك المعيشية التي كانت سائدة في وسطها قبل الإصابة به ؟

- كليا ☐ -جزئيا ☐ - لم يساهم ☐

المحور الخامس : الحدث الإجتماعي الأليم الذي عايشه المريض

55- هل عايشت في فترة ما قبل إصابتك بهذا المرض المزمن حدث إجتماعي-أمني أليم في أوساط المجتمع؟

-نعم ☐ - لا ☐

- في حالة الإجابة بنعم، ما هو نوع الحدث الإجتماعي-الأمني الأليم والمؤثر والبارز الذي عايشته؟، أذكره

.....

.....

56- هل هاجرت أو غيرت مقر سكنك بشكل فجائي قبل إصابتك بالمرض المزمن؟

-نعم ☐ - لا ☐

- في حالة الإجابة بنعم، من أين تمت الهجرة أو التغيير ؟

- من منطقة ريفية إلى منطقة حضرية ☐ - من منطقة شبه حضرية إلى منطقة حضرية ☐
- من منطقة حضرية إلى منطقة ريفية ☐ - من الوطن الأم إلى الخارج ☐
- تغيير آخر أذكره

.....

.....

57- هل حدث لك تغير في عملك أو نشاطك اليومي بشكل مفاجئ قبل إصابتك بالمرض المزمن؟

-نعم ☐ -لا ☐ -أحيانا ☐

58- ما هو شكل الأسرة التي كنت تنتمي إليها أو تعيش في وسطها قبل إصابتك بالمرض المزمن؟

-أسرة ممتدة (كبيرة) ☐ -أسرة نووية (صغيرة)☐

59- هل تعرض أحد أفراد أسرتك الأقرباء جدا إلى حدث أليم قبل إصابتك بالمرض ؟

-نعم ☐ -لا ☐

-في حالة الإجابة بنعم، أذكر وحدد ما هو نوع الحدث الأليم البارز الذي أثر على صحتك وإصابتك بالمرض المزمن؟

.....

.....

- في حالة الإجابة بنعم أيضا، من يكون الشخص القريب الذي تعرض للحدث الأليم في أسرتك؟، هل هو

- الأب ☐ - الأم ☐

- أحد الإخوة أو الأخوات ☐ -الجد ☐

- الجدة ☐ - شخص آخر أذكره .....

.....

60- هل تأثرت صحتك النفسية والجسمية بسبب ضغوط وآلام الحدث الإجتماعي الذي عايشته في المجتمع قبل إصابتك بالمرض المزمن؟

- نعم ☐ -لا ☐

61- هل تأثرت صحتك النفسية والجسمية أيضا نتيجة ضغوط وآلام الأحداث الأسرية الأليمة التي عايشتها قبل إصابتك بالمرض المزمن؟

- نعم ☐ - لا ☐

- في حالة الإجابة بنعم ما هي نوعية الضغوط والآلام التي عايشتها بسبب الأحداث الأسرية الأليمة ؟

.....

.....

62- في رأيك ما مدى مساهمة الأحداث الإجتماعية والأسرية الأليمة التي عايشتها قبل إصابتك بالمرض المزمن الذي تعاني منه في إصابتك به ؟

-كليا ☐ -جزئيا☐ - لم تساهم ☐

دليل المقابلـــة

خاص بالأطباء

المحور الأول : أثر التغير في عادات التغذية على الإصابة بالمرض المزمن:

1- من خلال ملاحظتكم اليومية وحسب رأيكم في مجال التغذية في المجتمع الجزائري، هل حدث تغير في عادات التغذية من تراجع إستهلاك الأغذية الغنية بالألياف إلى زيادة إستهلاك الأغذية الغنية بالدهون والكلسترول وحتى المصنعة والمعلبة أيضا؟ وكيف أثر ذلك التغير في الإصابة بالأمراض المزمنة مثل الضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب؟ .

2- في رأيكم، إلى أي مدى تؤثر العادات الغذائية كالطهو بالقلي، تناول بكثرة ملح الطعام، السكريات، المأكولات الخفيفة في الشارع ...الخ في الإصابة بالأمراض المزمنة كالضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب؟ .

المحور الثاني : تدني مستوى الوعي الصحي وإسهاماته في الإصابة بالمرض المزمن:

3- ما مدى تأثير تدني مستوى الوعي الصحي في المجتمع، لدى الأسرة والفرد على الإصابة بالأمراض المزمنة كالضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب؟ .

4- في رأيكم، كيف تساهم السلوكيات اللاوقائية كعدم الإطلاع على مسببات الأمراض المزمنة مثل الجهل بالوراثة والجهل الغذائي وعدم ممارسة الرياضة أو النشاط البدني، التدخين، الكحوليات ...إلخ، في الإصابة بمرض الضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب؟ .

المحور الثالث : المستوى المعيشي الأسري وعلاقته بالإصابة بالمرض المزمن :

5- في إعتقادكم، هل يؤثر المستوى المعيشي الأسري المنخفض الذي يفرض حرمانا ماديا وضغوطات يومية في الإصابة بالأمراض المزمنة كالضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب؟ وكيف يحدث ذلك؟.

6- من خلال ما هو شائع حول إرتباط الأمراض المزمنة كالضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب بالمستوى المعيشي المرتفع أو كما يسمى بأمراض الأغنياء والتخمة، هل توافقون على ذلك؟ وكيف؟ .

المحور الرابع : الحدث الإجتماعي الأليم والإصابة بالمرض المزمن :

7- إنطلاقا من خبراتكم الحياتية والمهنية، هل ترون أن هناك علاقة ما بين ما حدث في المجتمع الجزائري من أحداث إجتماعية أليمة وضاغطة كحدث الإرهاب خلال سنوات التسعينيات (العشرية السوداء)، وما بعدها وإنتشار الأمراض المزمنة في السنوات الأخيرة كالضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب؟ وكيف تؤثر تلك الأحداث على الصحة والإصابة بهذه لأمراض المزمنة؟.

8- هل يمكن أن تكون أحداث أسرية أليمة كوفاة أحد أعضاء، الطلاق، إضطرابات علائقية ...الخ، كأسباب للإصابة بأمراض مزمنة كالضغط الدموي، داء السكري وأمراض القلب؟ وكيف يحصل ذلك؟.